بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة الخرطوم
كلية الدراسات العليا
كلية الأداب – قسم علم النفس

العلاج النفسى التقليدى بمسايد الطرق الصوفيه

دراسة وصفية تحليلية فى علم النفس العلاجى عن تصنيف وتشخيص وعلاج الإضطرابات النفسية والإتجاهات نحو التكامل

إعداد الطالبة :
فتحية عمر محمد عمر

إشـــــراف
بروفسير/ الزبير بشير طه

دراسة لنيل
دكتوراه الفلسفه فى علم النفس

مارس 2004

بسم الله الرحمن الرحيم

قال تعالى :

((الذى خلقنى فهو يهدين (78) والذى هو يطعمنى ويسقين (79) وإذا مرض فهو يشفين (80)

والذى يميتنى ثم يحيين (81) والذى اطمع أن يغفر لى خطيئتى يوم الدين (82) رب هب لى

حكماً والحقنى بالصالحين (83) وأجعل لى لسان صدق فى الأخرين (84) وأجعلنى من

ورثة النعيم (85))

صدق الله العظيم (سورة الشعراء)

بسم الله الرحمن الرحيم

الأهـــداء

إلى أمى وأبى ....
إلى زوجى وأبنائى...
إلى أساتذتى الأجلاء ..
الذين علمونى معنى العطاء .
إلى أخوتى وزملاء مهنتى ..
العاملين بجد وإجتهاد ..
من أجل أرساء أسس الصحة النفسية السليمة بالسودان
إليهم جميعاً أهدى هذا الجهد .

الباحثة

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين ، الذى بنعمته تتم الصالحات ، أشكرك يا ربى على النعمة التى وهبتنى لها باتمام هذه الدراسة . عظيم شكرى وامتنانى لإستاذى الفاضل البروفسير الزبير بشير طه ، الذى علمنى حروف علم النفس فى بداية طريقى وهاهو يتم فضله بتتويجى بهذا السفر العلمى الرصين . كما أتقدم بشكرى للأخ الدكتور عبد الباقى دفع الله على مشاركته لى بالعصف الذهنى المتبادل الذى أسهم كثيراً فى توضيح مفاهيم الدراسة . والبروفسير ضياء الدين الجيلى أبوبكر لمتابعته هذه الدراسة ، والشكر يمتد للدكتور عبد المنعم يوسف رئيس شعبة الطب النفسى بوزارة الصحة الإتحادية لتعاونه الكبير . يمتد عظيم شكرى وأمتنانى للوالد البروفسير طه أحمد بعشر لما قدمه لى من نصح وتوضيح ومراجع ساهمت كثيراً فى توضيح مفاهيم الدراسة الحالية والشكر الكبير لجامعة الجزيرة التى اتاحت لى فرصة هذه الدراسة .

عظيم عرفانى وتقديرى لأبائى شيوخ الطرق الصوفية الذين غمرونى بكرمهم الصوفى المعروف عنهم ، وأخص منهم بالشكر أبونا المرحوم الشيخ الطاهر بن الشيخ الطيب بن الشيخ عبيد ود بدر طيب ثراه وجعل الجنة مثواه والوالد المرحوم الشيخ المهدى بن الشيخ عمر المكاشفى طيب ثراه وجعل الجنة مثواه ويمتد شكرى للوالد الشيخ عبد الله بن الشيخ احمد الريح شيخ طيبة والشيخ الشريف عبد الله بن الشيخ الشريف محمد الأمين ود الأبيض والشيخ الجيلى بن الشيخ عبد المحمود الحفيان والشيخ تاج الدين بن الشيخ محمد عبد القادر بالعزازة والشيخ عبد الله بن الشيخ هجو العمارة والشيخ طه بن الشيخ محمد سعيد بعفينة والشيخ عبد الله بن الشيخ النعمة بعبود والشيخ عبد الرحمن ود يونس بابوحراز والشيخ النور بن الشيخ عبد الرحيم البرعى بامبدة .كما يمتد شكرى وامتنانى لجميع المرضى ومرافقيهم بمسايد الطرق الصوفيه أسأل الله لهم العفو والعافية كما يمتد شكرى لزملائى وزميلاتى الذين تكبدوا معى مشاق السفر والإقامة بمسايد الطرق الصوفيه والشكر أجزله لجميع الأطباء والعاملين بالمراكز الصحية والشفخانات بتلك القرى وأخيراً شكرى للأخت ليلى محمد عمر التى صبرت وقامت بهذه الطباعة الجميلة.

قائمة الموضوعات

الفصل الثانى :

الإطار النظرى والدراسات السابقة :

الفصل الثالث

بسم الله الرحمن الرحيم

ملخص الدراسة

تناولت الدراسة الحالية العلاج النفسي التقليدي بمسايد الطرق الصوفية، حيث شملت التصنيف والتشخيص والعلاج للمرضى النفسيين المترددين على هذه المسايد، وذلك من خلال معرفة الاضطرابات النفسية الواردة لتلك المسايد وتكرارها ومدة إقامة المرضي بهذه المراكز مقارنة بإقامتهم بمستشفيات الصحة النفسية، ومعرفة طرق التشخيص والمعالجة للاضطرابات النفسية التي تمارس بهذه المسايد ، ومقارنة التصنيف الذي يستخدمه شيوخ الطرق الصوفية للاضطراب النفسي مقارنة بالتصنيفات والتقسيمات المعمول بها فى مراكز الصحة النفسية الحديثة. كذلك دراسة آراء الشيوخ والأطباء النفسيين حول إمكانية التعاون المتبادل فى علاج المرضى النفسيين. وأخيرا هدفت هذه الدراسة لمعرفة أهم الأسباب التي تجعل المرضي يذهبون لمراكز العلاج التقليدي بدلا عن المستشفيات.

ولتحقيق هذه الأهداف استخدمت الباحثة المنهج المسحي، حيث قامت بتصميم وسائل لجمع المعلومات لفئات الشيوخ ومرافقي المرضي والأطباء، حيث بلغت العينة من الشيوخ (10) شيوخ، و(10) أطباء نفسيين، و(92) من مرافقي المرضى. ولمعالجة المعلومات استخدمت الباحثة الرسوم البيانية، والنسب المئوية لوصف بيانات الدراسة، وذلك عن طريق استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for Social Sciences) (SPSS).

وقد أوضحت نتائج الدراسة الآتي:

1. تشابه وسائل التشخيص فى مجملها لكل الاضطرابات النفسية معتمدة فى ذلك على معرفة الشيخ بالاعراض والعلامات والمسببات .
2. ارتباط معالجة الشيوخ للاضطرابات النفسية بالعامل الروحي لتشخيص المرض وخبرة الشيخ ووضع الشيخ الاجتماعي والأسري الموروث عبر

الأجيال، واقتناع المريض وأهله بفاعلية العلاج بمسايد الطرق الصـوفية أن الشيوخ بمسايد الطرق الصوفية لديهم تقسيم للاضطرابات النفسية مبني علـى الأعراض والعلامات بالإضافة للمعتقد الاجتماعي السائد عن أسباب المرض .

3. أن هنالك عدة وسائل مساعدة للعلاج النفسي بمسايد الطرق الصوفية، وهى توفر نوعا من العناية العلاجية شبيه ببعض وسائل العلاج النفسي الحديث مثلا العلاج النفسي المعرفي والإرشادي والتأهيلي والأسري ... الخ.
4. أن الشيوخ بمسايد الطرق الصوفية لديهم تقسيم للإضطرابات النفسية مبنى على الأعراض والعلامات بالإضافة للمعتقد الاجتماعى السائد عن أسـباب المرض .
5. توجد فروق دالة احصائياً فى مدة متابعة المرضى للعلاج ومـدة الإقامـة وعدد مرات ذهابهم لمسايد الطرق الصوفية والمستشفيات توضح طول هذه المدة لمسايد الطرق الصوفية .
6. توجد فروق دالة احصائياً فى مدة الاستشفاء تبعاً لنوع الإضـطراب فـى حالتى العلاج التقليدى فقط المتكامل مع العلاج الطب الحديث ، كما يوجـد تفاعل بين نوع الاضطراب مع نوع الاستجابة علـى المـدة المسـتغرقة للاستشفاء فى حالتي العلاج التقليدى فقط والعلاج المتكامل .
7. أن الاضطرابات النفسية التي تذهب لمراكز العلاج النفسي الحديثة هي فى الغالب من نوع الأمراض التي تحتاج إلى رعاية طبية فى كل المراحـل، وتعجز الوسائل التقليدية بتلك المراكز من استيعابها.
8. أن شيوخ الطرق الصوفية لديهم الاستعداد للتعاون مع مراكز العلاج النفسي الحديثة، وبنفس القدر إتسمت اتجاهات الأطباء النفسيين نحـو التعـاون أو التكامل بين النظام ا لطبى الحديث والنظام المتبع بمسايد الطرق الصـوفية فى العلاج بالإيجابية

9-كما ان الأطباء النفسيين لم يمانعوا من تدريب الكوادر العاملة بمسايد الطـرق الصوفية على أسس الصحة النفسية الحديثة وأوضحوا الكيفية التى يمكن ا ن يـتم بها هذا التعاون أو التكامل .

10- يذهب مرافقي المرضي بذويهم المرضي لمسايد علاج الطرق الصوفية لعدة اعتبارات أهمها: نظرة المجتمع للمريض النفسـي، واعتقـادهم الجـازم بفاعلية الجانب الروحي والعقائدي فى فاعلية علاج الشيوخ.

وفى خاتمة هذه الدراسة قامت الباحثة بوضع خاتمة ما توصلت إليه الدراسـة والتوصيات ، كما ذيلت الدراسة بفهرس للمراجع، وآخر للملاحق.

ABSTRACT

This study attempts to investigate the traditional healing of psychological disorders in Sophia Centres (Maseeds) in central Sudan. The study attempts to know how Sheikh in traditional healing centres classify, diagnose, and treat psychological disorders. This can be achieved through knowing the most frequent psychological disorder in these centres, comparing the methods of diagnosis, classifications, and treatment adopted by Sheikh to those applied in modern psychotherapy centres.

To achieve these objectives, the researcher applied the descriptive method, she also designed four questionnaires: the first for Sheikh, the second for psychiatrist, and the third for patients and the fourth for co-patients. The number of each group is as follows: (10) Sheikhs, (10) psychiatrists, (122) patients and (92) co-patients. The researcher applied descriptive statistics; the data presented in graphs, percentages and cross-tabulation for describing the data, and also using: T-test, Anova and Manova, Welcoxon Sign Ranks test and X2 by computer, using the statistical package for social sciences (SPSS), the most important results of the present study as follows:

- There is a similarity of diagnosing all psychological disorders, depending on the knowledge of the Sheikh about signs and symptoms and the causes of these disorders
- There is a relation between the treatment of disorders with the spiritual believes about these disorders, in addition to social status of the Sheikh, and the persuasion of the patients and co-patients of this spiritual treatment
- There are many assisting factors in the process of treatment in the Sophia centres and this resemble to some extent what is happening in modern psychiatric cenres such: cognitive therapy, counseling and rehabilitation treatment
- The Sheikh of Sophia centres (Masseds) have got their own classification of psychological disorders based on symptoms and signs in addition to dominant social believe.

- There is statistically significant difference in times of follow-up, duration of residence and times of visits to both traditional healing cenres (Maseeds) and to hospital in favor of traditional centres (Maseeds).
- There is statistically significant difference in he period of healing according to the type of disorder both in integrated and traditional therapy. Also there is a significant interaction between type of disorder with the type of response to duration of healing in both traditional and integrated therapy
- The psychological disorders taken to the modern psychiatric clinics in most are specially those do not respond to traditional method treatment and need medical care in all phases
- The Sophia Sheikh has got the interest to cooperate with modern centres, and the same interest also found among psychiatrist to cooperate.
- The co-patients prefer to take their relatives to Maseeds because of various reasons including the social perspective towards mentally ill and their belief in Sheikh's spiritual greases.

The research concluded by citing the references and the recommendation of the present results.

[1] المقدمة

1- تمهيد :-

ينتشر فى العالم حالياً جسمين للمعرفه الطبيه الأول وهو الطب التقليـدى أو البلدى indigonous والثانى وهو الطب المعروف اصطلاحياً بالعالمى cosmopolitan أو allopathic وهو دلك النظام غير المحدود وله انتشار مدنى واسع ويقول لارى دوس 1984(إن ميلي الشخصي كطبيب أن أعترف بالعلاج الروحي spritual healing كشكل خاص من أشكال العلاج لأنني لا يمكنني أن أتقاضى أو أتجاهل كل الأشخاص الذين كتبوا ويكتبون عن هذه الظاهرة والذين زعموا أنهم قد باشروا هذه ألخبره بأنفسهم ، كما أن لدى تأنى قليل تجاه النقد العلمى الذى يجب أن يدين كل ما هو غير وأضح رغماً عن أنى أحترم الحاجة للتحفظ ضد كل ما هو سخيف وأحمق كما نحن فى حاجة لآن نذكر أنفسنا أن أكبر العقول العلمية قد رفضت يوماً وجود النيازك Meteriorite وعنفت فكرة الأثير أو السماء ether ويبدو أننا قد استنفدنا التكبر والعجرفة عن إبداعات الطبيعة وكيفية حدوث الشفاء ، وعلينا أن نتوقع بعض المفاجآت فمريض السرطان الذي محتمل أن يموت ولم يمت وشخص آخر لا يفترض أن يموت ويموت ، لو أن العلاج الروحي موجود فأن الأمراض الروحية لابد وأن تكون موجوده) (larry Dossey 1984 .

يستخدم العلاج التقليدى لدى بعض جماعات المجتمع الهندى عندما يقرر افراد الأسرة الكبار السبب المحتمل للمرض . وبالطبع عندما يكون سبب المرض غير ظاهر وعموما يلاحظ الأفراد أنه لا مرض بدون سبب وعندما ا يدور الحديث عن عدة حالات معقدة ربما يكون هنالك عدة أسباب مختلفة فتفهم سبب المرض أو سلوك المرض الظاهر يعتبر هام حتى إيجاد العلاج المناسب للمرض أو السلوك المضطرب (Linda sarro 1995) .

وتفسر الأمراض بناءاً على الأحداث الظاهرة والتى تضم مثلاً ، الحمى وإصابات التنفس والتى تعزى للتعرض للبرد الشديد أو الحر الشديد ، وإصابات المعدة والتى تعزى للأكل الكثير – هذه الأعراض الجسدية للمرض تعتبر جزء

من التشخيص ، المعالج يمكنه أن يقرر ما إذا كانت هذه الأعراض الجسديه ناتجة عن عدم توازن أو انسجام روحى أو عاطفي حيث يعتمد العلاج التقليدى على أن الجميع قادرون على العلاج وأحياناً بمساعدة ودعم بعض من الأخرين ذوى الخبرة كالكبار والمعالجين والمساعدين . حيث يبدأ العلاج من مركز الفرد الذاتى وهذا يعتبر مسئولية الفرد نفسه وجودة بنيته الصحية وحياته (Sloria19961) .

ينظر شعب بالى Bali باندونسيا إلى المرض كنتيجة لعدم الانسجام Tri Hita Karana بين ثلاث مكونات التى يجب أن تكون فى انسجام لدى الفرد ويكون فى حالة صحة ، هذه المكونات هى أولاً علاقة الفرد بربه والتى هى القوة الخارقه . Sang Hyaug Tagatt Karana والمكون الثانى وهو مجمل البيئة الجسدية للفرد Bluana Agung macrocosmos والمكون الثالث وهو رغبات الفرد الجسدية وأفكاره ومشاعره micro cosmos . ينتج المرض عند حدوث عدم انسجام بين هذه المكونات الثلاث ، ووضع الفرد المعالج هو تحديد مصدر عدم الانسجام وتأسيس نظام الانسجام للفرد المحتاج لذاك . لهذا يتطلب من المعالج تغيرات فى البيئة الجسدية أو الاجتماعية لإعادة توازنها ، أما إعادة توازن رغبات الفرد الجسدية وأفكاره ومشاعره بما تحتاج إلى تقنية عبر الدوائيات الطبيعية أو الروحية أو إعادة التوازن عبر اندفاع الطاقة من الجسد بشكل يؤدى لإعادة الجسد لانسجامه وتوازنه – فانسجام الجسد والروح والبيئة هى أسس الصحة الجيدة للفرد والمجتمع لدى هؤلاء المعالجين التقليدين (60)(Wikan Unni 1990).

يعتبر العلاج التقليدى فى تايلاند نتيجة لتطور تأريخي وثقافي يعود تأريخه إلى حوالى 2500 عام على الأقل ، وكبقية الشعوب التقليدية ابتدع الشعب وسائل وتقاليد فريدة للوصول إلى مستوى ثابت يحتوى على المقدرة الكافية لعلاج المرض . ويحتوى العلاج التقليدى على أربعه فروع رئيسية ، أولاً التداوى بالأعشاب Herbal medicine . ثانياً التداوى بالغذاء nutritional medicine . ثالثاً الممارسات الروحية التى تستند على التقاليد البوذية Buddist ورابعاً هو العلاج الجسدى Nuad Bo Ram أو الدلك الطبى التقليدى traditiomal medical massage . ويعكس نوع هذا العلاج التقليدي أنه منسجم طور ونقح خلال الـ 25 قرن الماضية ، وقد تأثر هذا العلاج التقليدى بالتقاليد الهندية ayurvedia والعلاج التقليدي الصيني (TCM) . ولكن معظم التقنيات الأولية

لعلاج غالبية الأضرابات التى تصيب الناس تدمج ضمن ممارسة واحدة هى العلاج الجسدي أو الدلك ، وتضمن هذه التقنيات الميل والنية الواضحة والمباشرة لممارسة العلاج بالدلك للتأثير فسيولوجياً فى طاقات الجسد وعقل المتلقى للعلاج ، حيث أن العلاج الجسدي يمارس بصورة بطيئة مع إصرار المعالج والمتلقي للعلاج فى الوصول لحالة الوسطية للوعى Medative State of consiouness . يعتبر العلاج الجسدي تطبيق عملي للنظرة البوذية للحب والعطف Metta ، فهو يشمل حالات الغيب الأربعة المذكورة فى البوذية – الأولى وهى الشفقة Compassion والثانية وهى حب العطف loving kindness والثالثة وهى المتعة البديلة Vicarius Joy والرابعة وهى الاتزان equinity– ففى هذا العمل العلاجي يسمح بإرضاء التاليعم البوذية وق وضع هذا العمل التأكيد على ارتباط الجسد والعقل mind/ Body وقد استخدم كأداة لعلاج الاضطرابات الروحية والعاطفية . (Richard Sold 2003) .

يستخدم اليابانيون التقليديون علاج نفسي تقليدي يستند على النظرة التقليدية اليابانية لطاقة الحياة الجامعة او الشاملة universal life energy - يسمى الريكى Reiri وهو علاج يستخدم منذا آلاف السنين ويقوم على الاسترخاء يعتقد اليابانيون التقليديون فى أن طاقه الحياة الشاملة موجودة لدى كل الكائنات الحية وهى التى تحافظ على حياتهم ويستخدم علاج الريكى Reki منفرداً أو مع وسائل علاجية أخرى وحسب الاعتقاد فأن طريقة الريكى توصل الفرد بطاقاته الداخلية حيث أن هذه الطاقة الداخلية تحترق المعالج من المريض والذى يقوم بدوره (أي المعالج) بإعادة توازن هذه الطاقة مما يجلب الاسترخاء التام للمريض والتخاص من آلامه .

تمارس معظم القبائل الاميريكية تقاليدها نحو الصحة والمرض ، هذه التقاليد غير مؤسسه على العلوم الغربية ، وبدلا عن ذلك ، فأنها مؤسسة على معتقدات القبائل وعن الكيفية التى يتخذها الأفراد فى مجمل نسيج الحياة ، هذا النسيج يشمل القبيلة ، البشرية ، الأرض والكون باجمعه ، معظم التقاليد العلاجية ترتكز على الانسجام ، يحدث العلاج عندما ينسجم الفرد ويرتبط بالقوى الكونية ، حيث أن العلاج التقليدي شامل وأنه لا يركز فقط على أعراض الأمراض وإنما يهتم بالفرد كاملاً – العلاج يركز على الشخص وليس المرض . يعترف بالمعالج

التقليدي لكل قبيلة بعد ان يتلقوا دروساً خاصة ثم أن التقاليد العلاجية تورث من جيل إلى جيل بالتجربة ، الرؤية ، القصص والأحلام – لا يتبع العلاج التقليدي موجهات مكتوبة وإنما يعمل المعالجين التقليدين بصورة مختلفة مع كل شخص يطلب المساعدة ، يستخدم المعالجون التقليديون الاعشاب والطقوس والقوى الروحية فى أحسن طرقها مع كل مريض على حده .وربما يشمل العلاج طقوس مثل دق الطبول ، تدخين التبغ ، حلقات مناقشات ، تحضير أرواح حيوانات أو متطلبات أخرى ، كل قبيلة تستخدم طرقاً مختلفة ، يمكن للعلاج التقليدى للوطنين الامريكين أن يكون نافذاً ، فهو يحفظ الرباط بالقبيلة والثقافة ، وهذا يضمن علاج روحى ، نفسى ، عاطفى وجسدى ، فالمعالجون التقليديون لديهم وجهات نظر مختلفة فى التعاون مع خدمات العلاج الحديث التى ليس لديها الفهم الكافى لقيمة العلاج التقليدى للمجتمعات المحلية .

فى السودان العلاج النفسى التقليدى معروف ويشمل عـدة اشـكال منهـا الكجور – الزار والعلاج النفسى التقليدى الذى يحمل الاعتقاد الدينى فيما يعـرف بالعلاج النفسى بمراكز الطرق الصوفيه ، وهو متركز فـى أواسـط وشـمال السودان وشرقه وقليلاً من الغرب والجنوب و على الرغم من وجـود قلـه مـن النساء فى ممارسة العلاج النفسى التقليدى بمراكز الطرق الصوفية يعتبر ممارسة خاصة بالرجال ، وفى السودان يعتبر العامة أن هذا العلاج ممارسـة ذات قيمـة علاجية نفسية والتى اسست على الاعتقاد فى رجل الدين المتصوف وما تحمله من معتقدات أخرى عن المريض النفسى كتلبيس الجن والشياطين لبنى البشر وتقمص النفس بالارواح الغير مرئية . ويبدو أن الموجه الاساسى فى الاعتقـاد بـالعلاج النفسى بمراكز الطرق الصوفية هو القـوى الغيـر طبيعيـة " Super natural power " والغيبيات التى توجه لإبعاد أو التغلب علـى الأرواح الشـريره التـى تتقمص بنى البشر أو تحجيمها وحجبها بالممارسات والطقوس التى تمارس داخل هذه المراكز الصوفية المعدة لذلك .

يستخدم العلاج النفسى بمراكز الطرق الصوفية حالياً كتسميه لمجموعة من الطقوس الدينية متبوعة بطقوس تقليدية مثل المدائح والاذكار بالاضافة الى قـراءة القرآن فى كل مراحل العلاج لتأكيد الجانب الدينى والعقائدى بها .

أن الاضطرابات النفسية من ذهانية ووظيفية وعضوية تحـدث باسـتمرار وأن الاضطرابات العصابية تشكل جزءاً كبيراً من عبء خدمات الصحة العلاجية بالاضافة الى أن الاضطرابات النفسية قـد تظهـر فـى اشـكال متعـددة مثـل الاضطرابات جسدية الشكل أو القلق بانواعه أو اضطراب سلوكى قد يؤدى الـى العصيان وجرائم الانتحار وتعطيـل العمـل والدراسـة ..الـخ حيـث أن هـذه الاضطرابات تشكل عبئاً على الاسرة و المجتمع وتـدنى المسـتوى الاقتصـادى والادتماعى للمريض خاصة وللمجتمع عامة . لذلك نجد أن الاضطرابات النفسـية تشكل مصدراً للخوف و فى العديد من الدول النامية يعتقد بأن الاضطراب النفسى هو من فعل القوى الغير طبيعية وفى احياناً كثيرة تقابل بالرفض من المجتمـع . وحدات الصحة النفسية تعتبر من الاماكن التى يجب تجنبها .

(علينا أن تفهم أن هذه الاتجاهات نحو الاضطرابات النفسـية اتجـاه عـام وليس خاصاً فقط بالمجتمع العام وانما ايضاً وسط المخططين والدارسين لسياسـة القطاع الصحى . هذه الاتجاهات ربما لا يفصح عنها صـراحة ولكنهـا حقيقـة ملموسة وتشكل عقبة كبيرة فى جانب تطوير خدمات الصحة النفسية واذا علمنـا أن عدد العاملين فى مجال الصحية النفسية فى الدول النامية من اطبـاء نفسـيين واخصائيين نفسيين وباحثين اجتماعيين وممرضين صحة نفسية ومعالجين مهنيين قليل جداً فى مواجبة العمل الضخم الذى يواجههم لدرجة انهم لا يعطون المنـاطق التى فى حاجة لهم) (بعشر 1966م)

لذلك نجد أن ممارسة الصحة النفسية الحديثة فى المراكز الصحية بالمريف قد تكون نوعاً من التحدى فى مواجهة النقص الحاد فى المصادر ووجود الطبيـب النفسى المتفرغ . وحتى وإن وجد عليه أن يكون ذوخبرة كافية ومعرفـة بطبـاع وتقاليد تلك المناطق اضافة لمشكلة الفقر الاجتماعى والنقص فى المعرفة بالصحة النفسية الحديثة ، كل ذلك ينعكس سلباً على العلاج بالاسـس الصـحية النفسـية اضافة لأنتشار مراكز الطرق الصوفية التى تقوم بمهمة العلاج النفسى التقليدى فى المناطق الريفية ومعتمدة اصلاً على تقاليد ومعتقدات تلك المناطق.

2- مشكلة الدراسة :-

تتمثل مشكلة هذه الدراسة فى عدة تساولات :-

1- على ماذا يستند الشيوخ فى تشخيصهم للإضطرابات النفسية وعلاجها ؟

2- ماهى طرق التشخيص والمعالجة للإضطرابات النفسية المتبعة فى مراكز العلاج التقليدى الصوفى ومعرفة أنواعها وتكرارها ومدة المعالجة مقارنة بوسائل التشخيص والمعالجة المتبعة فى مراكز الصحة النفسية الحديثة؟

3- مانوع الإضطرابات النفسية الواردة فى تلك المراكز التقليدية وتكرارها ؟

4- ماهى التصنيفات والتقسيمات التى يستخدمها الشيوخ للإضطرابات النفسية وعلاقتها بالتصنيفات والتقسيمات المتعارف عليها فى مجال الصحة النفسية الحديثة؟

5- هل هناك فرق فى كتابعة المرضى للعلاج دأخل مراكز العلاج الصوفى ؟

6- هل هناك فروق فى مدة إقامة المرضى بالمسائد وإقامتهم بالمستشفيات ؟

7- كيف تكون الإستجابة للعلاج المتكامل مقارنة بالإستجابة للعلاج التقليدى بالمسائد فقط ؟

8- هل هناك إختلاف فى عدد مرات الذهاب للمستشفى أو المسيد بما يتعلق بمتابعة العلاج ؟

9- ما الإضطرابات النفسية الأكثر وروداً لمستشفيات الصحة النفسية ؟

10- هل توجد رغبة لدى شيوخ الطرق الصوفيه فى التعاون أو التكامل بين نظامهم فى العلاج ونظم الصحة النفسية العلاجية الحديثة ؟

11- ما أراء الأطباء النفسيين تجاه التعاون التكامل بين النظام الطبى الحديث ونظام مسائد العلاج التقليدى الصوفى ؟

12- هل يمانع الأطباء النفسيون من تدريب الكوادر العاملة فى مسائد الطرق الصوفية على أسس الصحة النفسية الحديثة ؟

13- ما آليات التعاون أو التكامل الذى يمكن أن تتوفر بالإستفادة من تلك المسائد؟

14- ما الأسباب التى يحضر بها مرافقى المرضى مرضاهم المسائد العلاج التقليدى الصوفى ؟

3- أهمية الدراسة :-

تكمن أهمية هذه الدراسة فى ضرورة النظر الى العلاج النفسى التقليدى مسائد الطرق الصوفية ودوره فى التشخيص والعلاج والتأهيل بطريقة علمية تمكن من تفادى الأثار السلبية التى قد تنتج عن بعض الممارسات التقليدية المستخدمة فى تلك المراكز .

تفتقر وحدات الصحة النفسية الرسمية فى الوقت الحاضر فى كل العالم للرعاية والاهتمام والتى قد تكون بسبب قصور الخدمات الصحية النفسية مقارنة بالحاجة المتزايدة لها وتزايد التخصصات الدقيقة مع قلة الاهتمام بالمريض كوحدة متكاملة جعلت مجال الصحة النفسية الكاملة وحيداً ، لذلك نجد انه من المهم :-

1- تدارك هذا القصور بفهم طرق التشخيص والعلاج النفسى التقليدى ومحاولة التعاون والتوحيد بين الاطار الرسمى لنظام الصحة النفسية ووسائل العلاج النفسى التقليدى متمثلة فى مراكز الطرق الصوفيه للعلاج النفسى لما لها من قبول اجتماعى وهذا يوفر مجال الصحة النفسية بمصادر اضافية ضرورية تصل لجميع الذين فى حاجة للرعاية الصحية النفسية كما أنها تمد ممارسة الصحة الصنفسية بتوجيهات اخرى عن المرض .

2- الاستفادة من العلاج النفسى مسائد الطرق الصوفية فى تصميم نموذج علاجى نفسى متكامل وخاصة حالات الاضطراب النفسى التى تحتاج لعلاج قصير الامد وحالات الطوارىء النفسية خاصة وإن هذه المسائد تقع فى مناطق بعيدة عن المواقع الصحية بالإضافه لقلتها او انعدامها فى بعض المناطق الحديثة مما يدعو للتفكير فى تطويرها والاستفادة منها لمواجهة الحاجة المتزايدة لخدمات الصحة النفسية .

3- مسائد الطرق الصوفيه للعلاج التقليدى توفر الاقامة الحرة للمريض وذويه فى وسط اجتماعى طبيعى عدا حالات المرضى الذين هم فى حالة اضطرابات حادة مما يؤدى لعزلتهم بوجود ذويهم ايضاً وهذا قد يوفر الكثير من تكاليف العلاج والاقامة للمرضى وذويهم ويساعد فى تطبيق الاسس الصحية النفسية المطلوبة داخل هذه المراكز فى حالة التكامل وهذا يسهل عملية استخدام هذا التكامل كأساس لتطوير نظام صحة نفسى حديث فى وسط السودان .

4- توحيد العلاج النفسى الحديث والعلاج النفسى المستخدم فى مسائد الطرق الصوفية ليست خلطاً بين نظامين مختلفين ولكنها عبارة عن انسجام وتوافق بين هذين النظامين كل يعمل على تحسين وترقية وسائله وبهذه الاسس سينشأ نمط من الصحة النفسية السودانية الجديدة تسهم فى خلق نظام عالمى للصحة النفسية اكثر اجتماعية وانسانية .

4- أهداف الدراسة :-

1- معرفة طرق التشخيص والمعالجة للاضطرابات النفسية التى تمارس بمراكـز الطرق الصوفية بوسط السودان .

2- معرفة الاضطرابات النفسية الواردة لمسائد الطرق الصوفيه وتكرارها ومـدة إقامة المرضى بمسائد الطرق الصوفية مقارنة باقامتهم بمستشفيات الصـحة النفسية.

3- معرفة التصنيف والتقسيم الذى يستخدمه شيوخ الطرق الصوفيه للإضـطراب النفسى مقارنة بالتصنيفات والتقسيمات المعمول بها فى مراكز الصحة النفسية الحديثة .

4- دراسة اتجاهات وآراء شيوخ الطرق الصوفية نحو التعاون أو التكامل مـع طرق العلاج النفسى بالمستشفيات و وحدات الصحة النفسية الحديثة.

5- دراسة اتجاهات وآراء المختصيين فى مجال الصحة النفسية الحديثـة نحـو العلاج النفسى التقليدى بمسائد الطرق الصوفية .

6- إيجاد آلية علاجيه توضح افضل الطرق للاستفادة من نوعى العـلاج النفسـى التقليدى المستخدم فى مسائد الطرق الصوفيه والمستخدم فى مستشفيات الصحة النفسية .

7- معرفة الأسباب والمبررات التى تدعوا مرافقى المرضى النفسـيين بالتوجـه بمرضاهم لمسائد الطرق الصوفيه للعلاج التقليدى النفسى .

8- دراسة اتجاهات وآراء مرافقى المرضى داخل مسائد الطرق الصـوفية نحـو العلاج النفسى التقليدى بهذه المسائد ونحو العلاج النفسى الحديث .

5- فروض الدراسة :-

بناء على اطلاع الباحثه على الدراسات السابقة وتحديد مشـكلة الدراسـة وملاحظاتها خلال زياراتها الميدانيه لمواقع العلاج النفسـى التقليـدى والطـرق الصوفيه توصلت الباحثه للفروض التاليه :-

1- يستند الشيوخ فى تشخيصهم للأضطرابات النفسية علـى الأعـراض والعلامات بالإضافة لمسببات المرض المستندة على المفاهيم الإجتماعية .

2- الوسائل المستخدمة فى العلاج النفسى التقليدى بالمسـيد خلـيط بـين المعتقد الدينى والطقوس الاجتماعية المحلية حيث تشترك فى مجملها وتختلف فى كيفية التطبيق حسب خبرة الشيخ بتصنيف المرض .

3- الإضطرابات النفسية الواردة لتلـك المسـائد تشـمل جميـع أنـواع الإضطرابات النفسية حسب التصنيف العالمى للأمراض .

4- التصنيفات والتقسيمات التى يستخدمها الشيوخ للإضطرابات النفسية قد تكون متطابقة مع تلك التصنيفات والتقسيمات المعمول بها والمتعارف عليها فـى مجال الصحة النفسية الحديثة .

5- توجد فروق فى متابعة المرضى للعلاج بين مسائد والطرق الصـوفية والمستشفيات .

6- توجد فروق فى مدة إقامة المرضى للعلاج بين مسائد الطرق الصوفية والمستشفيات .

7- تختلف مدة الإستشفاء فى مسائد الطرق الصوفية تبعاً لنوع المرض فى حالتى العلاج التقليدى فقط و العلاج المتكامل .

8- توجد فروق فى عدد مرات الذهاب لمتابعة العلاج بين مسائد الطـرق الصوفية والمستشفيات .

9- الإضطرابات الأكثر وروداً لمستشفيات الصحة النفسية الحديثة الكـون تلك التى يصعب علاجها بالعلاج التقليدى فقط كالإضطرابات النفسـية الوظيفيـة الذهانية .

10- أن شيوخ الطرق الصوفية أكثر تعاوناً ومسـاندةً لخـدمات الصـحة النفسية الحديثة إذا وضعنا اعتباراً لدورهم خاصة فـى تشـخيص الإضـطرابات النفسية قصيرة الأمد وعلاجها .

11-تتصف إتجاهات الأطباء النفسيين تجاه التعاون أو التكامل بسن النظام الطبى الحديث والنظام المتبع بمسائد الطرق الصوفية بالإيجابية .

12- لا يمانع الأطباء النفسيين من تدريب الكوادر العاملة بمسائد الطـرق الصوفية على أسس الصحة النفسية الحديثة .

13- يمكن معرفة آليات أو وسائل التعاون أو التكامل التى يمكن أن تتوفر بالأستفادة من لتلك المسائد حسبما يراه الأطباء النفسيون .

14- تختلف الأسباب التى يحضر بها مرافقوا المرضى مرضاهم لمسـائد الطرق الصوفية للعلاج النفسى .

6- حدود الدراسة :

تقتصر حدود هذه الدراسة على :-

أولاً :-

أ- الكشف عن طرق التشخيص والمعالجة التقليدية للإضطرابات النفسـية التـى تمارس فى مسائد الطرق الصوفية بولاية الجزيرة .

وتقتصر متغيرات هذا الجزء على أنواع الإضطربات النفسية تكرارهـا ، نوع الوسائل المستخدمة فى التشخيص بالإضافة للتصنيف المستخدم لتشخيص كل إضطرابات حسبما يراه الشيخ مقارنة بمـا هـو معمـول بـه فـى تصـنيفات الاضطرابات النفسية فى مراكز الصحة النفسية الحديثة .

ب- معرفة أنواع الإضطرابات الواردة لتلك المراكـز مـن خـلال حـالات المرضى الداخليين بها .

وتقتصر متغيرات هذا الجزء على تصنيف الإضطراب النفسى الذى استخدمه الشيخ ، مدة الإقامة بالمسيد للعلاج ، نوع العلاج المقدم والاسـتجابة للمعالجـة بالإضافة لعدد مرات ذهاب المرضى للعلاج فى حالة العلاج التقليدى داخل مسائد الطرق الصوفية فقط أوفى حالة العلاج المتكامل بين النظامين التقليدى بمسـائد الطرق الصوفيه ومراكز العلاج الطبى الحديث. بالإضـافة إلـى حصـر نـوع الإضطرابات الأكثر ترددأ على مستشفيات الصحة النفسية الحديثة .

ثانيـاً

معرفة اراء الشيوخ القائمين على أمر هذه المسائد واتجاهاتهم نحـو التعـاون أو التكامل مع العلاج الطبى الحديث .

وتقتصر متغيرات هذا الجزء على رغبة الشيوخ فى التعاون مع الأطباء ، أمكانية تدريب الكوادر العاملة لديهم بتلك المسائد على أسـس الصـحة النفسـية الحديثة بالإضافة لنوع التعاون والمساعدة التى يطلبونها .

ثالثـا: -

معرفة أراء واتجاهات الأطباء النفسية بوحدات الصحة النفسية الحديثة نحو العلاج التقليدى بمسائد الطرق الصوفيه .

وتقتصر متغيرات هذا الجزء علىامكانية التعاون مع هذه المسائد ، ونـوع التعاون الذى يفضله الأطباء النفسيين مع تلك المسائد ، وامكانية تدريب الكوادر

العاملة فى تلك المسائد على أسس الصحة النفسية الحديثـة ونـوع التكامـل أو التعاون الذى يفضلونه .

رابعـاً :-

معرفة أراء مرافقى المرضى الداخليين بتلك المسـائد وإتجاهـاتهم نحـو العلاج التقليدى بمسائد الطرق الصوفية ونحو العلاج الطبى الحديث .

تقتصر متغيرات هذا الجزء على اسباب احضار مرضاهم لمسائد العلاج التقليدى الصوفى وامكانية ذهاب ذويهم المرضى النفسـيين للعـلاج بالمستشـفى وامكانية مساعدتهم فى العملية العلاجية بالاضافة لأتجاهاتهم نحو النـوعين مـن العلاج .

خامساً :

الحدود الزمانيه : -

أجريت الدراسة خلال العام يونيو 2000 م وحتى مارس 2004م

سادساً : الحدود المكانيه : -

غطت الدراسة مساحات واسعة من ولاية الجزيرة التى أشـتهر بانتشـار مسائد الطرق الصوفيه بها .

تعريف المصطلحات :

استفاد مؤسسوا الطرق الصوفية من الميراث العقائدى الإسلامي كثيراُ وفى مجال علاج الاضطرابات النفسية خاصة واقتبسوا كثيراً من هذا الموروث الديني وأضافوا له بعض الطقوس ربما تكون لانتشارهم الواسع داخل مجتمعات كانت لا تزال ملتزمة بعدد من العادات التقاليد الخاصة بها وهنا نورد بعض المصطلحات التى استخدمت لدى مراكز العلاج النفسي الصوفي للاضطرابات النفسية .

العلاج النفسى التقليدى :

هو العلاج القائم على معتقدات وتقاليد المجتمع وهو جزء من ادماج الثقافة (معتقدات ، عادات ، تقاليد وإتجاهات إجتماعية) توارثت عبر الأجيال .

المسيد :

كلمة مسيد تلقفها أهل السودان من أفواه المشايخ الذين توافدوا على السودان فى وقت مبكر وأغلبهم قدم من الحجاز والمغرب وأسسوا المسيد ، وكلمة مسيد فى السودان لا تطلق على الجامع ولا المسجد ولا على الزاوية إنما تنصرف على المكان الذى يجمع مدرسة القرآن والمصلى والمسكن ، فإذا اجتمعت هذه المناشط (الاستخدامات) الثلاثة كان المسيد ، أما اذا كانت مدرسة قرآن فحسب فهى خلوة . والمسيد يقوم على الإشراف على سكن الطلبة وغذائهم وصحتهم وكل أومورهم ويعرف خازن المسيد كل لوازم العيش .... والمسيد بجانب الطلبة ينفق على

خلاوى الضيفان وعابرى السبيل وأصحاب الحاجات الذين يقصدونه (الطيب محمد الطيب 1998م) .

ب- العزيمة : -

وهى تقريباً ألرقيه الدينية المعروفة حيث تستخدم آيات من القرآن وبعض الأدعية المأثورة عن الرسول (ص) .

ج- المحايه :-

بعض الآيات القرآنية خاصة بحالة المريض كما يعتقد الشيخ تكتب على لوح من الخشب أو فى داخل أناء بحبر يسمى العمار وهو خليط من السناج وبعض الصمغ . بحل هذا المكتوب بماء وتوضع فى أناء يستخدم ، كعلاج ، فى شكل جرعات يحدد الشيخ متى وأين تستخدم بطريقة الشرب أو المسح على الجسد

د- البخرات :-

جمع بخرة – تقطع صفحة من الورق الابيض فى مربعات متساوية تكتب داخلها بعض الآيات القرآنية وترسم بعض الإشكال المقتبسة من الطقوس ذات دلالات وأسماء يعرفها الشيخ بنفس الحبر (العمار) الذى تكتب به المحاية – هذه البخرات تحرق بوجود المريض لاستنشاق الدخان النتصاعد منها – أيضاً هذا الحرق يتم بناء على توجيهات الشيخ فى شكل جرعات محددة .

هـ- الحجاب والورقة :

يكتب الشيخ وبنفس الحبر آنف الذكر - بعض الآيات فى ورقة ثم تطبق هذه الورقة الكبيرة وتلف فى شكل اسطوانى أو مربع وتغلف بقطعة من الجلد أو البلاستيك الناعم وتربط بخيط يلبسها المريض لإبعاد ارواح الجن والشياطين عنه.

لاتختلف الورقه عن الحجاب فى المضمون ولكنها أصغر حجما يمكن لبسها فى أعلى اليد أو حملها بين الملابس أو لبسها كالعقد كما يلبس الحجاب وهى تغلف بنفس طريقة الحجاب وتحمل نفس المعتقد فى طرد أرواح الجن والشيطان.

ح - الذكر :

هو جلوس الافراد بالمسيد فى شكل مجموعات لتلاوة القرآن وذكر أسماء الله بصوت التلاوة أو للحن المستحب لتلك الفئه

خ - القيد : -

يستخدم جنزير معدنى فى ربط المريض باعتقاد أن ذلك يجعل المريض فى مأمن من سلوك االجن والشيطان الذى يمليه عليه وفيه سلامة له ولمن حوله .

و - الجلد أو الضرب : -

ضرب المريض بسوط من الجلد فى مراحل معينه من حالته المرضية وبنفس الاعتقاد السابق بأن الضرب ليس عقاب للمريض وإنما عقاب للارواح الشريرة التى تتقمص جسده .

العين :

هنا يقصد بها الحسد وهو ينطوى على الإعتقاد بأن بعض الأفراد لديهم قدرات شخصيه فى إيذاء الأخرين ، بالنظر أو الحديث لإعجابهم بما لدى الغير وقد تصحبه الرغبة فى امتلاكها أو تمنى زوالها وأن كان الحاسد يتجاوز هذا التمنى فى الرغبة فى الإيذاء (محمد غنيم وفائز شريف 1998م) .

الريح الأحمر :-

هو نوع من أنواع الجن كما جاء فى الأثر كان يتبع لسيدنا سليمان ولكنه تمرد وأصبح يتقمص بنى البشر ولا يمكن علاجه حسب الإعتقاد الإ بذبح القرابين ودق الطبول وإطلاق البخور فى طقس يسمى (الزار) ولكن لدى مراكز الطرق الصوفيه للعلاج النفسى وسائل أخرى لعلاجه . (فتحيه عمر ، الزبير بشير 1990م) .

أم الصبيان :

هى كما ذكر الشيوخ بأنها نوع من الأرواح الغير مرئيه تتسبب فى فقدان المراة لخصوبتها أو الأجهاض أو موت الطفل الوليد ولذلك سميت بأم الصبيان .

تلبس الجن : -

الجن يظهر على الرجل فيتكلم بلسان لا يعرف معناه ويضرب على بدنه ضرباً عظيماً ومع ذلك لا يحس بالضرب أو الكلام الذى يقوله . (أبن تيميه ص 277) .

الفصل الثانى

الإطار النظرى والدراسات السابقه

الاطار النظرى :-

تتناول الباحثة هذا الجزء تمهيداً لموضوع الدراسة المتمثـل فـى العـلاج النفسى التقليدى بمسايد الطرق الصوفيه مبينة النهج الذى قام عليه هذا النوع مـن العلاج ومصادره والنظريه التى أسس عليها بالإضافة إلى سرد عن دخول الطرق الصوفيه للسودان وإنتشارها والدور الذى كانت تقوم به والكيفية التى انبثق منهـا هذا النوع من العلاج كما وضحت الباحثه جانباً عن الصحة النفسية فـى التـراث الإسلامى والتى إستفاد شيوخ الطرق الصوفيه كثيراً على ماجاء فـى المـوروث الدينى العقائدى والذى ساعد كثيراً فى إنتشار هذا النوع من العلاج كمـا تناولـت الباحثة فى هذا الجزء بعض من مشاكل الصحة النفسية فى الدول الناميـة والتـى يعتبر السودان جزءاً منها بالإضافة لمشاكل الصحة النفسية فى السودان بصـورة أكثر خصوصية .

تمهيــد :

يعتبر ممارسى العلاج النفسى التقليدى بمسائد الطرق الصوفية بالسـودان بأنهم محترفين يستقبلون وبصورة منتظمة أناس لديهم الرغبة فى العلاج النفسـى كما أن لديهم وضع اجتماعى مميز فى عدة اشكال – و مسائد الطرق الصوفية هى إحدى أكبر مقومات العلاج النفسى التقليدى وسط السودان والممارسة التى يقوم بها رجال الطرق الصوفية فى العلاج النفسى لا يمكن أن ينظر لها من وجه واحـد للعلاج وانما هذه الممارسة اسست ليست بمعزل عن المعرفة بالاعراف كالمسببات والتصنيف والتشخيصى للحالة المرضية وبالتالى ، فالشيخ يعمل ليس كمعالج فقط وانما كباحث اجتماعى واخصائى فى صحة المجتمع واخصائى نفسـى وكطبيـب نفسى فى علاج الكثير من الاضطرابات النفسية التى ترد الـى مسـيده . وعلـى الرغم من أن وجود هذه المراكز فى المناطق الريفية البعيدة الإ انهما مؤخراً اكدن عن وجودهما فى المدن الكبيرة وذلك من خلال اقامة المراكز الضخمة التى يؤمها الناس فى العديد من المدن ويجدون الدعم الشعبى والرسمى مما أثر فـى تركيـز وضعهم الاجتماعى ، مسايد الطرق الصوفية التى يمارس فيها العـلاج النفسـى التقليدى منتشرة فى السودان ويرتادها عدد كثير من النـاس بغـرض العـلاج أو لأغراض اجتماعية أو خدمية أخرى وذلك للإعتقاد الجازم فى مقدرة الشيوخ على مساعدتهم فى العلاج بتلك المراكز .

الصحة النفسية فى التراث الإسلامى :-

لئن كان علم النفس فى التراث الإسلامى مواز لعلم النفس المعصر من حيث المبادئ والمناهج والموضوعات فقد ظل يحتفظ ، مع ذلك ببعض خصوصياته ولا غزو فالعلم محص العلم ناقل لبعض خصائص بيئه التى نشأ فيها وحامل لبعض قيم الأجيال التى انتجته) (بدري 1979م) . ومن خصائص الثقافة الإسلامية التى نقلها علم النفس فى التراث الإسلامي سعة المدى الزمنى للظاهرة الإنسانية – فهى لا تبدأ بالاختصاب أو بداية المرحلة الجنسية ولا تنتهى بالوفاة ، بل تمتد بدايات الظاهرة الإنسانية فى التراث الإسلامى إلى ما وراء التخلق الجنينى حيث الاعتقاد بأن الله أشهد ذرية بنى آدم على أنفسهم وهى مرحلة الأشهاد التي تشير إليها الآية 172 من سورة الأعراف يقول تعالى (او اذا أخذ ربك بني آدم من ظهورهم ذريتهم وأشهدهم على أنفسهم أليس بربكم قالوا بلى شهدنا ...) (صدق الله العظيم) وفى بعض معانيها فإن مرحلة الإشهاد تمثل

حالة من حالات الوعى الإنسانى خضع لها كل فرد قبل أن يجمع فى رحم أمه نطفه أمشاجاً . وتمتد الظاهرة الإنسانية فى العقد الإسلامى حتى تتجاوز مرحلة الحياة إلى ما وراء الوفاة وتأثيراً لذلك نجد علم النفس فى التراث يحاول تفسير هذه الظاهرة فى مداها المألوف من الاخصاب إلى الموت وفوق هذا المدى وتحته ، ومن خصائص علم النفس الذاتى دراسة الظاهرة الانسانية فى مجالها الإنسانى – فمادة الدراسات النفسية هى أساساً الإنسان نفسه – لقد اعتمدت نظريات الإدراك والتعلم والذاكره والدافعية فى التراث على الملاحظات عن التجارب فى السلوك الإنسانى وحتى فى الابحاث البيولوجيه لم يجد التراثيون بداً عن تشريح جثة الأدمى . وتتضح بهذا التركيز الإنسانى المقارنه بين علم نفسى التراثى وبين التقليد الحديث الذى حمل السلوكيين مثلاً على اعتماد التجربة الحيوانية أساساً للدراسات النفسية ويعتمد علم نفس التراث الإسلامي أيضاً فى مقاصده فقد صرح علماؤه فى أكثر من موضع أن استكشافهم للنفس الإنسانية وراءها غاية أخرى وهى معرفة اللــه ومن الخصائص أيضاً أن علم النفس فى التراث الإسلامي يصادر باستمرار على قيمة التصور الثنائي لماهية الإنسان فقبضه من طين ونفخه من روح وينعكس ذلك دوماً على الاطروحات الإسلامية فى النمو والإدراك والتعلم والشخصية والصحة النفسية وأبحاث الذكاء وغيرها . ولقد حملت هذه الاطروحات أوجه شبه كثير مع المعارف الايكلوجية المعاصرة الإ أنها تبدوا وبكل تأكيد متحررة من الاحالات الميكانيكيه أو ألعضويه للنظريات ألنفسيه المتداولة قديماً وحديثاً .سيكلوجيا التراث أذن ترابطها بعلم النفس المعاصر متوازيات لصيقة وتحتفظ مع ذلك بخصائص مميزه اكتسبتها من الثقافة الإسلامية (الزبير بشير 1995م) .

يعتبر الرسول الكريم صلى الله عليه وسلم أول الأطباء وأول المعالجين النفسيين ، علمه ربه بما جاء بالقرآن الكريم في إصلاح الناس بإصلاحهم في ابدأنهم ، وأنفسهم ، وعقولهم وأنه (حي) حدث بأقوال تفسير وتوضيح ما جاء بالقرآن الكريم في أمر النفس والدين ، كما أنه قام بأعمال متصلة بالصحة ، كقوله (ص) في الصحة والعافية (أسلوا الله العفو والعافية والمعافاة فما أوتى أحد بعد اليقين خيراً من معافاة) رواه احمد والحاكم وأبن ماجه . ومن معالجاته (ص) للغاضب (إذا غضب أحدكم وكان وقفاً فليجلس) وقوله (ص) (ليس الشديد

بالصرعة ولكن الشديد من يمسك نفسه عند الغضب) متفق عليه ، وهذا علاج ناجح للنفس الجامحة نحو الشر ، وكان (ص) بدعوته للمسلمين إلى العلم والتعلم أن فتح الباب لعقولهم ليسبروا خبايا النفس البشرية فبرز من بين صفوف المسلمين علماً ، وفقهاء فى مراقبة النفس ودراسة أحوالها وأطوارها وبلغوا في ذلك شأوا عظيم ، وكان من بينهم من يعتبر بحق المؤسس الأول للعلاج النفسي وهو الشيخ ابن سيناء ، الذى بعد أول طبيب يضع الأسس العلمية للتشخيص والعلاج النفسى وقام بمعالجة حالات الأمراض النفسية بطريقة لا تختلف كثيراً عن طرق العلاج النفسي الحديث (محمد عبد المجيد 199) .

وجد العلاج النفسي اهتمام كبيراً فى كتب ابن قيم الجوزية وأبن مسكوية وغيرهم من أعلام الطب المسلمين وقد مر بنفس الاطوار ووجد موضوع العلاج العناية التى وجدها الطب وارتبط به ولا يوجد أنفكاك أو حدود بينهما – كما وجد موضوع العلاج النفسى عند المسلمين اهتماما أكبر لأن المسلمين اهتموا بالنفس كاهتمامهم بالجسد ، وربما اهتمامهم بالنفس وأحوالها أكبر لدخول النفس فى لب العبادات التى يكون حرص المسلمين عليه أكثر من أى شئ دونها وهذا ما يرجح أن المسلمين هم أول من درس النفس ووضعوا الحل الأمثل لمشكلاتها ومعالجة ما يحدث بها من اضطراب ، إن اهتمام المسلمين بالعلاج النفسي جعلهم يصنعون أسس العلاج النفسي ويخصصوا له أماكن لتلقى العلاج أشبه ما تكون بالعبادات والمستشفيات . أن الثابت هو أن المسلمين أول من أنشأ المستشفيات المتنقلة أبان حروبهم وغزواتهم حيث كانت المجاهدات أمثال نسيبة بنت كعب يقدمن المعالجات الأسعافية لجرحى العمليات الحربية بإقرار ومباركة رسول الله (ص) (ايمن محمد خير 1992م) .

يعمل الطب فى الإسلام من خلال الوقاية والتشخيص والعلاج ثم الشفاء فهو أذن فن وعلم وأدب . فى هذا السياق ، يستطيع الفرد أن يكون سعيداً ويقلل درجة الإصابة بالمرض ، فالإسلام يوضح لنا المداخل لكي يعيش الأفراد أصحاء وأقوياء ، ومنهج الإسلام يحقق أركان الصحة النفسية فى بناء شخصية المسلم ، كما أن الرعاية الطبية فى البلاد الإسلامية مزيج غنى بالدين والثقافة والتي ترى فى الأطباء والمرضى وجود وامتداد للتقاليد والعقيدة بحيث لا تنافس معها فى

المجتمعات المعاصرة الأخرى ، كما أن حرفة الطب فى الإسلام عموماً تسموا فوق الحواجز الدينية واللغة (Zeid Ahmed Ali 1998)

وقد أتفق فى الفقه الإسلامي على أن ألرقيه الدينية هى توجه إلى الله سبحانه وتعالى والالتجاء إليه تضرعاً بقصد الشفاء من المرض والألم والهم والحزن والابتلاء . وذلك بذكر الله سبحانه وتعالى وتلاوة قرأنه للعون الحفظ والوقاية من الآفات والاهات – والأحن ، لقد عرفها ابن الأثير فى كتابه النهاية فى غريب الحديث بقوله (أنها ألمعوذه التى يرقى بها صاحب الآفة كالحمى والصداع وغيرها من الآفات ...) (أبن الأثير) . كذلك من المتفق عليه عند المسلمين بوجه عام أن ألرقيه والتى هى عبارة عن دعاء وتقديم لله سبحانه وتعالى بتلاوة القرآن والأدعية النبوية المأثورة المأخوذة من كتاب الله عز وجل ومن سنة رسوله (ص) والتى هى ذكر الله سبحانه وتعالى وتنزيه وتسبيح له جل شأنه ثم طلب ودعاء بصرف الألم والمرض والأذى والبلاء لدى صاحب الحاجة هي من الأمور المحببة والمخصوص عليها ولقد طبقها رسول الله (ص) وعلمها لأصحابه رضوان الله عليهم. وقد روى أبن ماجه فى سننه من حديث على ، قال رسول لله (ص) (خير الدواء القرآن) رواه الترمزى والبخارى ومسلم وأبن ماجه (أيمن محمد خير 1992م) .

من خلال التعرف على الصحة النفسية العقلية والعقلية المعتلة تكون اسباب الاعتلال فى الاصل اما نفسية Psycho أو جسدية لذلك فالعلاج النفسى الاسلامى يرمى لحل المشاكل النفسية الاجتماعية وفوق كل ذلك الجوانب الروحية للمشكلة . وبإعتبار الشاذ او الغير سوى Abnormal هو انحراف عن معايير المجتمع الاسلامى ، والطبيعى فى العودة هو خلال الروحانية أو العلاج الروحى الاسلامى . ويجب أن نلاحظ أن كل المجتمعات تنشىء معاييرها فى الحكم والدراسة والعلاج لتوافق الفرد مع المجتمع على اسس وعوامل بيئية، وهذا صحيح ايضاً فى المجتمعات الاسلامية ، فبالرغم من اختلاف الافراد والاختلافات المحلية للمسلمين يظل المعيار الاسلامى اصيلاً كالعلاج النفسى الغربى الحديث والعلاج الاسلامى النفسى كمهنة مساعدة ، نضع فى الاعتبار ثلاث اجراءات رئيسية لإعادة تكييف الاشخاص والغير مكلفين اجتماعياً: أولاً ، طبيعة ونوع ونوعية شخصية المريـض وثانياً طبيعة اسباب المرض ، وثالثاً تقنية أو وسيلة

العلاج والمفهوم الاساسى هو العامل الثانى فى العلاج النفسى الاسلامى بعد العقيدة الاسلامية .العلاج النفسى الاسلامى كالعلاج النفسى الغربى الحديث وليس هو ضد علاج الطبى وفى الحقيقة أن العديد لو لم يكن الغالبية من المعالجين النفسيين الاسلاميين التقليديين كانوا رجال طب او ممارسين لطب الاعشاب والعلاجات الروحية الطبيعية العلاج النفسى الاسلامى لا يخص الرعاية الطبية فى شكل ملحق او دور تعاونى فى علاج المرض ولكن يؤكد على العلاج النفس الروحى وكلية ارتباط العقل والجسد وتفاعلهما كما ورد فى الاسلام .

يعالج العلاج النفسى الاسلامى شخصية الفرد فى بيئتها النفسية والاجتماعية ككل ويؤهل المريض نحو القيمه ليس لحياة اليوم وانما للمستقبل وهو ايضاً معيارى واخلاقى وهو علم نفس لتأكيد الذات باستلهام المثالية Ideatisn الاسلامية لحل الصراعات الروحية الداخلية والعقلية والعاطفية وليحافظ على التوازن . الشخصية الطبيعية هى شخصية وسطية متوازنه محكومة بنظام قيمى اسلامى .

 أسس التقليد الاسلامى للعلاج النفسى على النظرية كماعلى التقنية لعلاج المضطربين نفسياً – نجد فى العصور الغربية المظلمه حيث كانت الحضارة الاسلامية فى قمتها كثيراً من المفكرين الاسلامين وضعوا مداخل انسانية راديكالية تجاه الافراد المضطربين نفسياً كما اقترحوا طرق ووسائل للشفاء . بدل المفكرين الاسلاميين وسائل السحر بنظرة علمية للعلاج النفسى ويستطرد ، وعلى عكس المسيحية فالاسلام لا يؤمن (بالخطيئة) ولكن (بالنية الحسنة) وهذه لها ثقة ايمانية فى قوة الانسان لحمايته . فالاسلام يحقق الارادة الحرة للفرد وكل فرد يحمل بذور مرضه ومعاناته ، صحته وسعادته خلال شخصية ، هنالك العديد من المرتكـزات للإصلاح والعودة للمعيار الطبيعى باختيار وتشجيع الفرد واكتساب المعرفة الصحية ليس مجرد المعلومات – لها ابعاد عدةعن النفس ومشاكلها ، عن المعايير الاسلامية والطبيعى فى الاسلام ، عن الحياة عامة وبالطبع عن نبة النفس ، فالمعالج النفسى لابد أن يكون امين اصيل فى تقبل الحقائق والصحيح حتى ولو على نفسة ، والحرص واللباقة للتعبير عن النفس (محمد اقبال 1980) .

العلاج النفسىالتقليدى بمسايد الطرق الصوفيه :-

مصدر الطب التقليدي في السودان يبدأ من تاريخ الطب العربي في مصر والذي تأثر لحد ما بالبابلية والأغريق وبعض الدول من الشرق الأوسط والتي مكنتهم من الإبداع في هذا المجال ، ففي عهد امنحتب الأول (49IBC) كان الطب فرع من فروع الدين على عكس البابليون والذين فىعهدهم كان الطب فرع من فروع السحر ولذلك فقد ورث العرب وسائل مختلفة فى الطب بالاضافة الى فن التقمص Incarnation لدى الاشوريون . وتأثر الاغريق بمدرسة الاسكندرية Alexandria school والتى ادت دوراً مهماً فى تقدم الطب العربى ، فقد جلب المهاجرين العرب الاوائل بعض هذه العلاجات الطبية البسيطة والتى عرفت لدى السكان فى ذلك العهد واستخدمت (عبد الرحيم الماحى 1983) .

فى شمال السودان تأثر الطب التقليدى بالوسائل الفرعونية الواردة من مصر وفى غرب السودان تأثر الطب التقليدى بالعلاجات التقليدية الواردة من غرب افريقيا. وفى عهد الدعوة الاسلامية المنتشرة خلال شمال السودان منذ اواسط القرن السابع عشر بواسطة التجار المسلمين والمهاجرين العرب والذين وفدوا خلال ثلاث طرق رئيسية أولاً: عبر النيل وهو اكبر طريق ، وثانياً: عبر البحر الاحمر من الحجاز والطريق الثالث عبر المغرب خلال اواسط السودان خاصة بواسطة تأثير غلام الله بن عابد والذى نشر الاسلام بكثرة فى السودان .

ذكر أبن خلدون عن التصوف (هذا العلم من العلوم الشرعية الحادثة فى الملة وأصله أن طريقة هؤلاء القوم لم تزل عند سلف الأمة وكبارها من الصحابة والتابعين من بعدهم طريق الحق والهدايا وأصلها العكوف على العبادة والإنقطاع إلى الله تعالى والإعراض عن الدنيا وزينتها والزهد فيما يقبل عليه الجمهور من لذة ومال وجاه ، والإنفراد على الخلق فى الخلوا للعبادة ، وكان ذلك عاماً فى الصحابة والسلف) أبن خلدون صفحة (432) . كانت المرحلة الأولى فى نشأة التصوف هى التى تسمى بمرحلة الزهد ، وهى واقعة فى القرنين الأولى والثانى الهجريين ، فقد كان هناك أفراد من المسلمين كانت لهم طريقة زهدية فى الحياة تتصل بالمأكل والملبس والمسكن ، مثلاً الحسن البصرى المتوفى 110 هـ ورابعة العدوية المتوفاة 185هـ ويعتبر الإمام الحسن بن يسار البصرى فى نظر الصوفيه أنفسهم من أوائل أئمتهم وذلك لما نزع إليه الإمام الحسن من حياة روحية خالصة . وأصبح التصوف منذ القرن الثالث للهجره علماً للاخلاق الدينية واصبح

الصوفيه يتحدثون عن الذات الإلاهيه من حيث صلتها بالإنسان وصلة الإنسان بها ، وجمع بعض شيوخ الصوفية فى القرنين الثالث والرابع الهجرى المريدين من أجل تربيتهم فتكونت لأول مرة الطرق الصوفية فى الإسلام .

ثم جاء الإمام الغزالى فى القرن الخامس الهجرى فلم يقبل من التصوف الإ ما كان متمشياً مع الكتاب والسنة ورامياً إلى الزهد والتقشف وتهذيب النفس وإصلاح أخلاقها ، ومنذ القرن السادس الهجرى أخذ نفوذ التصوف السنى فى العالم الإسلامى يزداد بتأثير عظم شخصية الغزالى ، وظهر صوفيه كبار كونوا لإنفسهم طرقاً لتربية المريدين منهم عبد القادر الجيلانى المتوفى 651 هـ . (أبو الوفا الغنيمى 1983م)

وبواسطة مؤسس الطريقة الشاذلية بالسودان الشيخ حامد ابو ضنانة ، ومنذ القرن السادس عشر قام الدعاة بالتركيز على الشعائر والممارسات الدينية وقراءة القرآن والتجويد والترتيل (التلاوة) وكتابة القرآن (رسم) هذا الوعى والاهتمام ترافق مع اهتمام كبير يجمع وتوفير الكتب الدينية ، إنتشر نظام الطرق الصوفية فى كل بقاع العالم الاسلامى وأصبح قوة كبيرة ضمن الثقافة الاسلامية فى عدة اجزاء من آسيا وافريقيا ، ومعظم السودانيين كانوا من تابعى الطرق الصوفية (مريدين) فالتاريخ السياسى والاجتماعى والدينى للسودان ارتبط بتاريخ الصوفية الاسلامية . فالمدارس الصوفية قد وجدت منذ القرن السادس عشر ومع بداية السلطنه الزرقاء فى وسط السودان بنى الصوفيون جوامع للصلاة والعبادة ومدارس للشريعة الاسلامية والفقه الى جانب نشر التعاليم الاسلامية وسط الرحل ، ونجد أن تاج الدين البخارى والذى قدم من بغداد اصبح قائداً للمريدين من اتباع الطرق الصوفية وارتبط اسمه بالطريقة القادرية فى السودان 1577م ، ثم الطريقة الشاذلية والتى عرفت قبل مملكة الفونج (1504 – 1821م) بينما انشأت الطريقة السمانية بواسطة الشيخ أحمد الطيب بن بشير (1879 م1975م) . (يوسف فضل 1975)

حرص الصوفيون الاوائل الذين قدموا للسودان على نشر وتقوية اسس العقيدة الاسلامية بطرق بسيطة من خلال نصح التابعين بوسائل نفسية واخلاقية خاصة مثل ذكر اسم الله (الذكر) فى اوقات محددة من اليوم والمساء مرتبط بعبادة (اوراد) هذه الممارسات تقام الى جانب الصلوات الخمس المعروفة . درجة نجاح

تأثير الشيخ على الناس تعتمد على الخلاقة الدينية ، المعرفة الدينية ، الورع ، الزهد، الكرامات والقوى الروحية . وقد اعتقد الناس أن عدم طاعة الشيخ تجلب اللعنة للمريدين واسرهم وفى الجانب الآخر يعتقدون فى بركة الشيخ وفى أن الشيخ هو وسيط بين المريدين والله . تعددت اقوال العلماء والباحثين من مصدر مصطلح (تصوف) فمنهم من جعل أن اصله (صفو) ليكون مشتقاً من (الصفاء) ومنهم من جعل (صف) ليكون مشتقاً من (الصف) أو الصفه) ومنهم من جعله (صوفى) ليكون مشتقاً من الصوف أو من الصوفانه وهى خامة من نبت الصحراء ، وقد تبعت هذه المصطلحات العديد من الدراسات لاثبات مصدر المصطلح ، ولكن الراجح أنه نسبة الصوفية الى لبس الصوف وإن لم يكن هو الغالب عندهم إلا أن شعار مميز وزى ينبى بالاخشوشان والتقليل من الدنيا واثابة الى الاخرة فليكن هذا الزى رمزاً لهذه المعانى وليكن المتصوف هو لابس الصوف بكل ما يحمل لبس الصوف من معانى وارشادات (الشيخ عبد المحمود بن الشيخ الحفيان) (1919 – 1973) . وقد اشتهر مصطلح الصوفية حسبما جاء فى مقدمة ابن خلدون عن التصوف حيث كتب (هذا العلم من العلوم الشرعية الحادثه فى الملة وأصله أن طريقه هؤلاء القوم لم تزل عند سلف الامة وكبارها من الصحابة والتابعين ومن بعدهم طريقة الحق والهداية واصلها العكوف على العبادة والانقطاع الى الله تعالى ، والاعراض عن الدنيا وزينتها والزهد فيما يقبل عليه الجمهور من لذة ومال وجاه والانفراد عن الخلق فى الخلوة للعبادة وكان ذلك عاماً فى الصحابة والسلف فلما فشا الاقبال على الدنيا فى القرن الثانى ومابعده وجنح الناس الى مخالطة الدنيا اختفى المقبلون على العبادة باسم الصوفية او المتصوفة) ومن هذا نستخلص أن القول بمصطلح الصوفية قد عرف قبل المائه الاولى من الهجرة واشتهر وزاع قبل نهاية المائة الثانية من الهجرة وتقعدت القواعد وحددت معالمه وتحدث الناس عن أدبه وفقهه واحواله ومقاماته قبل نهاية المائه الثالثة للهجرة . ومفهوم التصوف الاسلامى هو (منهج سلوكى تربوى ، على طريق الحق ، بصدق تتم به مكارم الاخلاق ويتقدم به قلوب سالكيه ، ومن انواع العلوم وحقائق الوجود ومظاهر التجلى الالهى مما جعل للسالك فرقاناً فى حياته) (الشيخ الجيلى بن الشيخ عبد المحمود . بدون تاريخ) .

مفهوم المرض النفسى يؤسس على المعتقد الثقافى وانعكاساته فى العلاقة بين الفرد وأسلافه وعالمه الروحى ، من خلال الإطار الثقافى لمفاهيم المرض النفسى بين المجتمعات التقليديه يعتبر كإضطراب للعلاقة الروحية الاجتماعية بينما يبحث المريض وأقاربه لإيجاد المعنى وراء هذا الأضطراب وكيف حدث بالطبع هذا يختلف عن إطار المفهوم الطبى الحديث . حيث نفسر الأعراض على أساس مسببات حيوية أو صراع اجتماعى نفسى أو نتيجة لموروثات الشخصية – هذا الأختلافات بين الطب التقليدى والطب الحديث لها انعكاساتها المباشرة فى المرض وسلوك المريض (طه بعشر 1983م).

مسائد الطرق الصوفيه للعلاج التقليدى النفسى :

فى السودن هنالك العديد من مراكز العلاج الصوفى التقليدى وهنالك المراكز المتخصصة فى علاج الاضطرابات النفسية مثل الشكينيبة ود الأبيض ، أو ضواً بأن ، طيبه ...الخ وقادة هذه المراكز هم من سلالات رجال الطرق الصوفيه والمدارس القرآنية . يعتقد المشائخ الصوفيه أن المريض هو خير من يتحدث عن مرضه والمريض يمثل خامة جيده للتشخيص والعلاج ، ومفهوم مشائخ الطرق الصوفيه للمرض النفسى هو امتلاك الأرواح ، والمريض يعتقد أن المعالج لديه القوى لدرء هذه الأرواح (عبد الرحيم الماحى 1983م) .

تعتبر هذه المراكز سمة من سمات المجتمع السودانى عادة ومجتمع ولاية الجزيرة بصفه خاصة حيث يعتبر الشيخ الصوفى بأنه رجل يحمل صفات أقرب للقدسية شعبياً ، فالشيخ يعتبر رجل مقدس ويعرف بأنه حياً أو ميتاً قد أعطى prederence من الله الذى باركه وقربه كنتيجة لعلمه ولمعرفته فهو لديه قوه روحيه ، معظم التابعين لديهم قناعة عميقة فى مناشدة abbeling للشيخ تلبى احتياجاتهم وطلباتهم وفى الجانب الأخر يعتقدون ، أن عدم طاعتهم يجلب اللعنة والأذى لهم ولاطفالهم ، هذا الشعور الشعبى لدى العامة ، يتضح من الحكايات التى تبلورت من كرامات الشيخ ، فى المجتمع المسلم ، هذه الحكايات تدور من جيل إلى جيل وعادة تتسم بالقناعة والقبول كحقائق صحيحة ، معظم المعالجين التقليدين للاضطرابات النفسية فى شمال ووسط السودان ينتمون للفئة التى يعتمد فى اعتقادها بالمرض النفسى بمفاهيم واردة فى الاسلام مثل الجن والشياطين ومنذ

القرن السادس عشر ارتبط تاريخ شمال ووسط السودان السياسي والاجتماعى بالصوفية ، حيث اقام مؤسسى الطرق الصوفيه الجوامع ومراكز تعليم القرآن والدعوة والشريعة وقد أسست هذه المراكز أساساً لنشر الإسلام واطلق على هذه المراكز أسم مسيد وجمعها مسايد .

إن هذه المسائد لا تعمل فقط كمراكز لعلاج المرضى النفسيين وإنما يؤمها الناس لإغراض أخرى مثل دراسة القـرآن والتعلـيم وحـل بعـض المشـاكل والمنازعات الاجتماعية واحياناً للبحث عن الوظائف أو الزواج ... الـخ كمـا أن لبعض هذه المراكز دوراً اساسياً فى الاحتفالات الدينية السنويه .

يقوم على هذه مسائد شيوخ الطرق الصوفية الـذين لهـم أدوار هامـة فـى المجتمع حيث أن المجتمع حولهم يضع اعتباراً خاصاً لبركات (Greases) هؤلاء الشيوخ وقدسيتهم حيث أن هذه البركة الموروثة من الاجداد هى القـوة الروحيـة التى تجعله وسيط بين عامة الناس والخالق (عزوجل) وهـذا مايؤكـده اسـتمرار تسلسل الشيوخ بل أن بركة الاجداد تحل فى الاحفاد واذا كان للشيوخ رآى تبعـه باق الاتباع والمريدين ، حيث أن قمة الهرم هو الشيخ يليه الخلفاء الذين يعينهم ليقوموا ببعض الاعمال فى المناطق الاخرى تحت اشرافة ثم تلى مجموعة الخلفاء المجموعة الثالثة مجموعة الحيران الخدام اللذين يكونون حول الشيخ فى خدمتـه وخدمة المسيد لفترة طويلة وهؤلاء هم ممن تتم ترقيتهم للمجموعة الثانية وهـى الخلفاء ، تلى هذه المجموعة باق الحيران والمريدين اللذين يقومون علـى خدمـة المسيد والزوار الذين يفدون للمسيد لتأكيد ولاءهم وعقيدتهم للشيخ فى المناسـبات الدينيه ، وخاصة فى مناسبات الاعياد الدينية الاسلامية عامة وبعض الاحتفـالات التى تخص الطرق الصوفية بصفة خاصة .

يسلك الشيخ سلوكاً بسيطاً فهو يجلس مع المريدين علـى الارض ويتبـادل مهم الاكل ويناقشهم فى مشاكلهم ويمازحهم ، وجميع الشيوخ اللذين قابلتهم جميعـاً يعرفون الكثير عن مجتمعهم ومايحيط به من مؤثرات اجتماعية كانت أو اقتصادية وعالمية . لذلك فهم قريبون من العامة ولديهم الرغبـة الجـادة فـى المسـاعدة والمعاونه وهى ما يسمى بالادب الصوفى فى محبة بعضهم البعض فى محبـة الله سبحانة وتعالى وما يشاهده الفرد من تعاون وتعاضد بين المريدين يثير الدهشـه ناهيك عن التعامل بين الشيخ المربى والآخرين .

تشابه حالة المرضى النفسيين داخل المسائد العلاجى فى كثير من الحالات – حيث أن المرضى يعيشون جو اجتماعى طبيعى من حيث المعاملة بوجود ذويهم معهم داخل المسيد – الاختلاف الوحيد بين مريض و آخر يظهر فى نظام الاكـل من مريض لآخر كما أن هناك بعض المرضى يكونون فى حالة عزل لفترة فـى أغلب الاحيان لا تقل عن اسبوعين وتبرير ذلك بأن هؤلاء المرضى فى حالـة لا تسمح لهم بالجلوس فى الجو الاجتماعى لما يعانون من عنف و تهيئوات وهلاوس . يلاحظ أن بعض المرضى ممن تم عزلهم يسمح لهم بالتجوال داخل المسـيد أو بين طرقات القرية مقيدين ، والجدير بالذكر أن جميع من بمركز العـلاج داخـل مسيد الطرق الصوفية وجميع سكان القرية التى يقوم بها المركز يمثلون جزءاً من فريق العملية العلاجية حيث أنهم اعتادوا وجود مثل هؤلاء المرضـى النفسـيين يتجولون فى الشوارع والبقالات ومسجد القرية كما أن سكان القرية يقومون فـى كثير من الاحيان بمراقبة سلوك المرضى ومساعدتهم واعادت مـن ضـل مـنهم الطريق الى مكان اقامته داخل المسيد.

يتبين أن مسيد العلاج التقليدى القائم على نهج الطرق الصـوفية لا يعتبـر كمركز علاجى فقط انما هو مؤسسة تعليمية اجتماعية ضخمه مؤسسة علـى روح المعتقد الدينى الاجتماعى Socioreligious حيث انها توضح الحاجة الماسة للتعاون والتكامل لتطوير الصحة النفسية المنشودة للمجتمع .

مؤخراً تقاص الدور التعليمى لهذه المراكز وذلك لإنتشار المدارس ومؤسسات التعليم المختلفة ، بينما زاد دورها الاجتماعى والعلاجى التقليدى ، معظم زوار هذه المراكز ياتون بشكاوى مرضية جسدية كانت أو نفسية بالإضافة لخدمات أخرى كطلب المساعدة لحل أو تفادى بعض المشاكل الاجتماعية الخاصة بالزواج والطلاق والمشاكل المتعلقة بالمنازعات فى الأراضى الزراعية أو الرعى ... الخ . يستخدم شيوخ الطرق الصوفيه عدة وسائل فى علاج الاضطرابات النفسية كالصيام والرقيا (العزيمة) والبخرات والمحاية ، الجلد والقيد والحجاب ... الخ ، يقدم المسيد عادة خدمات اجتماعية متكاملة والاصح من ذلك فأن المسيد يعمل أيضاً كمعهد لتدريس القرآن (الخلوة) هذه الخلوة تستقبل الطلاب من جميع أنحاء السودان كما أن المسيد كمأوى لطلاب يدرسون فى المدارس الحكومية الأخرى وبعض الجامعات . يكون المسيد عادةً فى وسط القرية أو المدينة فى

مساحة واسعة جداً فى بعض المراكز أكثر من مائة غرفة مجهزة لإستقبال أنواع من الوافدين للمسيد الذين يصنفون كطلاب دراسة قرآن ، طلاب علم أصحاب حاجات ، وأغراض شخصية ، مرضى نفسيين مرافقي مرضى مرضى بإضطرابات أخرى غير النفسية .. الخ ، بالإضافة لمقر الشيخ الذى يحاط بمواقع الضيافة للزوار اليوميين والمقيمين يتبع المسيد أيضاً مطبخ (التكية) ومسجد الصلاة والخلاوى التى يدرس فيها القرآن يلى ذلك الغرف التى يحجز فيها المرضى النفسيين للعلاج بعض المسايد (جمع مسيد) يوجد فيها ضريح الشيخ الأول (ألقبه) والبنية التي تحوى خلفاؤه من بعده ، وبعض الآثار من عهد الآباء الأوائل التى تبين بركاتهم وكراماتهم .

داخل هذا المسيد تشمل الضيافة بدأً بمياه الشرب والأكل فى كل الأوقات ، كل أعمال ووظائف المسيد يقوم بها متخصصون من بين الجيران والمريدين ، العمل منظم وكل لديه وظيفته المحددة داخل المسيد بدءاً بالاستقبال والضيافة ومقابلة الشيخ والتوجيهات بعد المقابلة ، الإعلان لمواقيت الصلاة كل وظيفة من هذه الوظائف لها من يقوم عليها بمراسم وطقوس معروفه .

نذكر هنا بعض هذه المسايد التى تخصصت فى علاج الاضطرابات النفسية فى وسط السودان .

مسيد الشكينيبة الشيخ المكاشفى :

يقع مسيد الشكينيبة الشيخ المكاشفى فى جنوب غرب ولاية الجزيرة وهى قرية تابعة لمحلية المناقل غرب مدينة ود مدنى وقد أسس هذا المسيد الشيخ عبد الباقى المكاشفى منذ بداية القرن العشرين حوالى 1920 م . تقع الشكينيبة على بعد95 كيلو متر غرب ود مدنى يعد سكانها 17.000 نسمة ويعمل معظمهم بالزراعة حيث تقع القرية ضمن مشروع المناقل المروى وأيضاً الزراعة الموسمية فى الخريف .

يوجد بقرية الشكينيبة مركز صحى وعدد مدرستين أساس ومدرسة ثانوية للبنات بسكن داخلى ومدرسة ثانوية للبنين بسكن داخلى ومركز للشباب - عدد المساكن بالمسيد ثلاثين مسكن يقوم عليهم الشيخ حبيب الله المكاشفى وجامع بناه الشيخ عبد الباقى المكاشفى – الخليفة الحالى هو الشيخ المهدى الشيخ بن الشيخ عبد الباقى المكاشفى . تقدم المياه من خلال شبكة خدمات المياه بالإضافة لحفير

الشيخ المكاشفى وقد حفر منذ العام 1920 ولهذا الحفير وضع خاص حيث يعتقد الكثيرون فى أن مياه هذا الحفير والطين الذى به به بركات وعلاج كثير من الآفات ، أهمها الجرب والسعر ولذلك يأتى العديد من المرضى لهذا الحفير بقصد البركة والعلاج .

مسيد ود الأبيض : -

يقع مركز ود الأبيض فى وسط السودان تحديداً فى ولاية الجزيرة شرق النيل الأزرق وقد أسس منذ القرن الخامس عشر الميلادى أثناء حكم السلطنة الزرقاء بواسطة الشيخ الشريف ود الأبيض الذى هاجر من منطقة الطائف بالسعودية .

تقع ود الأبيض على بعد 32 كيلو متر شرق مدينة ود مدنى عاصمة ولاية الجزيرة بعدد سكان حوالى 4000 نسمة معظمهم من المزارعين الموسميين خلال فصل الخريف ، توجد بالمنطقة خدمات الكهرباء والمياه وحدة الرعاية الصحية الأولية ، بها أربعة مدارس للمرحلة الابتدائية .ومدرسة واحدة للمرحلة الثانويه .

أسس المسيد قبل 400 سنة وهو يحوى عدد كبير من المبانى وخلوة لدراسة القرآن وعلومه – المسيد ممتلئ بالزائرين طيلة العام ويتراوح متوسط الزائرين فى اليوم 50-100 زائر . حيث يأتى هؤلاء الزائرين من مختلف المناطق لعدة أغراض .يقوم الشيخ القائم على مسئولية المسيد بتوفير المعيشة والسكن ومعينات الراحة للزائرين .

هنالك العديد من الغرف الصغيرة المبنية بالطوب الأحمر لإستضافة النزلا من المرضى النفسيين كما يوجد بعض الزائرين من الدول المجاورة الإفريقية والعربية . الخليفة الحالى بمركز ود الأبيض هو الشيخ الشريف محمد الأمين الشريف ود الأبيض وتوجد غرفة للشيخ خاصة باستقبال الزوار وجامع كبير . وقد اشتهر هذا المسيد بعلاج الاضطرابات النفسية مستخدماً القرآن وبعض الطلاسم الصوفية .

مسيد طيبة الشيخ عبد الباقى :-

تقع قرية طيبة الشيخ عبد الباقى فى وسط السودان بولاية الجزيرة إلى الشمال الغربى من مدية ود مدنى عاصمة ولاية الجزيرة . وقد أسس هذا المركز

العارف بالله الشيخ يوسف ابو شراء والذى درس القرآن مع اسلافه فى منطقة أبو حراز شرق مدينة ود مدنى .

قرية طيبة الشيخ عبد الباقى كغيرها من قرى ولاية الجزيرة تقع منطقة قريبة من المدينة حوالى كيلومتر هذا الموقع يجعلها مميزة بطبيعة عمل سكانها المتنوع من زراعة وتجارة حيث يعل العديد منهم داخل مدينة ود مدنى – بهذه القرية مدرستين لمرحلة الابتدائية ومدرسة واحدة للمرحلة الثانوية ومركز صحى به جميع الخدمات العلاجية ولوقائية كما يوجد بالقرية مركز للشرطه ومركز للبريد .

يقدم مسيد طيبة الشيخ عبد الباقى العديد من الزائرين المريدين من كل أنحاء السودان لعدة أغراض . يحتوى المسيد على عدد 85 غرفة خاصة بالزائرين وغرف أخرى خاصة بالمرضى النفسيين . توجد غرفة خاصة للشيخ لاستقبال الزوار تتكون من جزئين الأول منهما خاص بمقابلة الزائرين ذوى الحاجات المتعدد وغرفه أخرى خاصة بالزائرين بقصد الذكر والتعبد ملحق بهذا الجزء (التكية) أى المكان المعد لإطعام الزائرين والمريدين يقوم بأمر الأستقبال والضيافة مجموعة من الشباب المتعلم والخريجين من الجامعات من المريدين تسود بينهم روح التألف والمودة

مسيد طابت :-

يقع مسيد طابت الشيخ عبد المحمود ، وسط ولاية الجزيرة وهى قرية تابعة لمحلية الحصاحيصا شمال مدينة ود مدنى على الضفة الغربية للنيل الأزرق ، وقد أسس هذا المسيد قبل ظهور الثورة المهدية فى نهاية القرن التاسع عشر بواسطة الشيخ عبد المحمود نور الدائم .

تقع طابت على بعد 93 كيلو متر شمال مدينة ود مدنى عاصمة ولاية الجزيرة بعدد سكان حوالى 20.000 نسمة تقريباً معظمهم من اصحاب المهن الحكومية والتجارة والزراعة ، توجد بالقرية خدمات الكهرباء والمياه والإتصالات.

يوجد بقرية طابت مستشفى ريفى وشفخانة بيطرية و6 مدارس أساس و2 مدرسة ثانوى كما يوجد بها رئاسة الوحدة الإدرية ومركز شرطة وقاضى مقيم ومكتب للبريد واتحاد فرعى لكرة القدم ، تقدم قريه طابت هذه الخدمات لعدد 182 قرية حولها حسب الاحصاءات الإدارية . يضم المسيد عدد كبير من المبانى

وخلوة لدراسة القرآن وجامع – يفد إلى المسيد الزائرين من مختلف المناطق طيلة العام – يقوم الشيخ القائم على أمر المسيد بتوفير المعيشة والسكن ومعينات الراحة للزائرين ، الشيخ الحالى هو الشيخ الجيلى بن الشيخ عبد المحمود نور الدائم وهو خريج جامعى .

مسيد ابو حراز :-

يقع مسيد أبو حراز شرق ود مدنى وهى قرية تابعة لمحلية مدنى الكبرى وقد أسس هذا المسيد الشيخ عبد القادر الجيلانى فى بداية القرن التاسع عشر تقع ابو حراز على بعد 5 كيلو متر على الضفة الشرقية للنيل الأزرق بعدد سكان 7 الف نسمة ويعمل معظمهم بالزراعة والتجارة والأعمال الحكومية .

يوجد بقرية ابوحراز 2 مركز صحى وعدد 4 مدارس أساس و3 مدارس ثانوى ومركز للشباب ، عدد المساكن بالمسيد 10 مساكن بالإضافة لخلوة وتكية الشيخ وجامع و3 خلاوى لتحفيظ القرآن كما يوجد بالقرية عدد 21 قبة عبارة عن ضرائح (جمع ضريح) الخلفاء من الشيوخ عبر تاريخ تأسيس هذا المسيد ، الخليفة الحالى هو الشيخ عبد الرحمن الناجى التركى ود يونس .

مسيد أم ضواً بان الشيخ ود بدر:-

يقع مسيد أن ضواً بان شمال شرق ولاية الجزيرة حيث تبعد 30 كيلو متر شرق قرية المسيد على الضفة الشرقية للنيل الأزرق ويتميز موقعها بقربها من العاصمة القومية الخرطوم حيث تقع على بعد 50 كيلو متر جنوب شرق الخرطوم وقد كان المسيد وما زال مركزاً شهيراً لتدريس وتحفيظ القرآن الكريم أسس هذا المسيد الشيخ العبيد ود بدر منذ النصف الثانى للقرن التاسع عشر الميلادى تعتبر مدينة أم ضواً بان مدينة متكاملة الخدمات حيث توجد بها رئاسة المحلية ومركز شرطة وسوق رئيسى وسوق أخر أسبوعى يخصص للماشية ومنتجات المنطقة الزراعية.

يقع المسيد داخل حائط كبير ذو مساحة شاسعة ويوجد فى داخله المسجد والمكتبة الملحقة به والمدرسة القرآنية والتكية وبيت الخليفة وخلوة الزوار كما يوجد داخل المسيد قبة الشيخ محمد العبيد ود بدر المتوفى عام 1884م والشيخ الحالى هو الشيخ الطاهر ود بدر .

يوجد فى مدينة أم ضواً بان مستشفى ريفى ويعتبر هذا المسيد نموذج رائد فى مجال التعاون أو التكامل أو التنسيق بين نظام المسيد فى العلاج النفسى والعلاج الطبى الحديث حيث بدء هذا التعاون بروفسير التجانى الماحى وخلفه فى ذلك بروفسير طه بعشر وبروفسير حسبو سليمان وقد قدم هذا المسيد خدمات رائدة فى

مجال التعاون والتنسيق مع المستشفى فى تلك المنطقة حيث افتتح فى عام 1965م وحدة للأمراض العصبية والعقلية لمستشفى أم ضواً بان الريفى قد كان يزورها كل أسبوع طبيب متخصص ، وقد كان الشيوخ بالمسيد يتابعون حالات المرضى ومن يرون أنه بحاجة لعلاج المستشفى الكبير بمدينة بحرى يرسل هناك .

مسيد عبود الشيخ عوض الجيد النعمى :-

يقع مسيد عبود غرب مدينة ودمدنى وهى قرية تابعة لمحلية المدينة عرب وقد أسس هذا المسيد قبل ظهور المهدية بواسطة الشيخ عوض الجيد النعمى .

تقع عبود على بعد 45 كيلو متر غرب مدينة ود مدنى عاصمة ولاية الجزيرة بعدد سكان حوالى 6.000 نسمة تقريباً معظمهم من المزارعين واصحاب المهن الحكومية والتجارة ، توجد بالقرية خدمات الكهرباء والمياه والإتصالات.

يوجد بقرية عبود مركز صحى و6 مدارس اساس و2 مدارس ثانوى ويضم المسيد عدد من المبانى للمرضى والضيوف و5 خلاوى لدراسة القرآن وجامع – يفد إلى المسيد الزائرين من مختلف المناطق طيلة العام حيث تقع قرية عبود على الطريق الرئيسى الذى يربط مدينة ود مدنى بمدينة المناقل ، الشيخ الحالى هو الشيخ عبد الله بن الشيخ النعمى .

مسيد عفينة الشيخ عوض الجيد :-

يقع مسيد عفينة الشيخ عوض الجيد ، وسط ولاية الجزيرة وهى قرية تابعة لمحلية ود رعية غرب مدينة ود مدنى على الضفة الغربية للنيل الأزرق ، وقد أسس هذا المسيد فى نهاية القرن التاسع عشر بواسطة الشيخ عوض الجيد الحسن .

تقع عفينة على بعد 80 كيلو متر غرب مدينة ود مدنى عاصمة ولاية الجزيرة بعدد سكان حوالى 3.000 نسمة تقريباً معظمهم من اصحاب المهن الحكومية والتجارة والزراعة ، توجد بالقرية خدمات الكهرباء والمياه والإتصالات.

يوجد بقرية عفينة شفخانة و مدرسة واحدة اساس . يضم المسيد عدد عشرة غرف للمرضى والضيوف وخلوة لدراسة القرآن وجامع – يفد إلى المسيد الزائرين من مختلف المناطق طيلة العام – يقوم الشيخ القائم على أمر المسيد بتوفير المعيشة والسكن ومعينات الراحة للزائرين ، الشيخ الحالى هو الشيخ طه بن الشيخ محمد سعيد .

مسيد العمارة الشيخ التوم ود بانقا :

يقع مسيد العمارة جنوب ود مدنى وهى قرية تابعة لمحلية غرب سنار وقد أسس هذا المسيد الشيخ محمد الشيخ التوم ود بانقا منذ عهد السلطنة الزرقاء تقع العمارة على بعد 20 كيلو متر من مدينة ود الحداد جنوب مدنى بعدد سكان 3.000 نسمة ويعمل معظمهم بالزراعة والتجارة والأعمال الحكومية .

يوجد بقرية العمارة مركز صحي واحد 2 مدارس أساس ومدرسة ثانوي ومركز للشباب - عدد المساكن بالمسيد 32 مسكن وجامع ، الخليفة الحالى هو الشيخ عبد الله بن الشيخ هجو .

تقدم المياه من خلال شبكة خدمات المياه . بالمسيد ثلاث خلاوى لتحفيظ القرآن ، يوجد بقرية العمارة خدمات الكهرباء والاتصالات

مسيد العزازة الشيخ هجو :

يقع مسيد العزازة جنوب ود مدنى وهى قرية تابعة لمحلية غرب سنار وقد أسس هذا المسيد الشيخ هجو بن الشيخ التوم بن الشيخ تاج الدين منذ عهد السلطنة الزرقاء تقع العزازة على بعد 18 كيلو متر من مدينة ود الحداد جنوب مدنى بعدد سكان 3.000 نسمة ويعمل معظمهم بالزراعة والتجارة والأعمال الحكومية .

يوجد بقرية العزازة شفخانة و 2 مدارس أساس ومركز للشباب - عدد المساكن بالمسيد 27 مسكن وجامع ، الخليفة الحالى هو الشيخ تاج الدين بن الشيخ محمد عبد القادر .

تقدم المياه من خلال شبكة خدمات المياه . بالمسيد خلوة واحدة لتحفيظ القرآن ، يوجد بقرية العزازة خدمات الكهرباء والاتصالات .

6- مشاكل الصحة النفسية فى الدول النامية

يقول أم كارستاير S M.Carstairs فى محاضرة بعنوان (مشاكل الطب النفسى فى الدول النامية) فى الكلية الملكية للاطباء النفسيين بادبنبيرج 1972 (فى الهند ، هذا اليوم هنالك على الاقل خمس مليون مريض نفسى لا يستخدمون أى شكل من اشكال العلاج الطبى الغربى ، وعلى الاقل هنالك خمس مليون شبه مريض من الاطفال والبالغين وربما هنالك ملايين اضافية يعانون من الهستريا والقلق والاكتئاب والاضطرابات النفسجسمية والذين لم يروا ابداً طبيب متدرب على الطب النفسى الغربى ، من يساعد هؤلاء المرضى واسرهم غير المحظوظة ؟ الاجابة المتوقعة على ذلك ، ستكون انهم كما فعلوا دائماً أن لديهم مصادر تقليدية للمساعدة من اعشاب وسحرة ومشعوذين الى مالكى القدرات الخارقة وفوق كل ذلك الرهبان ورجال الدين واللاذين لديهم قدرات غير طبيعية ، وفى المناطق الاسلامية ملة الجامع بالقرية هو فى الغالب من(يخمن) السبب الروحى للمرض ويستمر قوة النص من القرآن ربما تذاب وتبلع أو تلبس وفى كثير من الاقطار فان مساعدة الغيبيات أو الجن تدرج فى شكل وسيط يدخل فى شكل شفافية atrance من خلالها تنفيذ الروح غير المرئية على ضوء المعرفة الطبية الغربية هذه الانظمة تبدو غير مرتبطة أو غير هادفة ولكنها تخدم منطق الانظمة التقليدية للمعتقدات ، المعتقدات المشتركة هى حقائق اجتماعية ، كذلك كل المشاركين فى ممارسات القوى الخارقة . المعالج مهما يكن سواء اكان راهباً او قسيساً أو اطباء السحر يقومون بعملهم هذا على اقتناع تام بأن ما يقومون به هـو الشىء السليـم (Right thing) ، لعدة قرون ، غالبية المرضى فى الدول النامية ممن يسكنون القرى او المدن يذهبون لنماذج العلاجى التقليدى وقد جادل زملائنا من الاطباء النفسيين أن على الطبيب النفسى أن ينشىء علاقة عمل طبية مع المعالجين التقليديين فى مناطقهم وقد قاد هذا اللنظام كل من بروفسير لامبو Lambo فى نيجريا و التجانى الماحى فى السودان .

يعتبر المرض النفسى عاهه اجتماعية تثير الخوف لدى الاسر والمجتمع ، ولم يقتصر هذا الخوف على المرض فقط وانما شملت فيما شملت خدمات الطب

النفسى والاطباء النفسيين وفى العديد من مستشفيات الصحة العقلية بالدول النامية تجد اهتماماً اقل من السجون ، وفى اربعة مدن فى الهند ، باكستان ، والانديز الغربية رأيت مستشفيات نفسية بنيت بنفس المعمار الذى يبنى به السجن وقد علمت أن فى بعضها يرحل اليها السجناء المشاكسين كعقوبة لهم بل اكثر من ذلك فى اكثر من دولة وجدت أن متمردى خدمة الدولة من اطباء امتياز يخدمون فى المستشفيات العقلية وهذا يعتبر ايضاً عقوبة لهم . ومشكلة اخرى هى قلة عدد الاطباء النفسيين بالاضافة لقلة الكادر الصحى المدرب فى هذا المجال، ويعذى ذلم للهجرة المستمرة لهذه الكوادر للدول المتقدمة كما أن غالبية الموجودين من هذه الكوادر متمركزين فى المناطق الحضرية والمدن ونتيجة لذلك نجد أن اعداداً هائلة من الريفيين غير مستفيدين من خدمات هؤلاء المتخصصين . (M.Carstairs1972

توضح الكتابات الصينية والمصرية والافريقية القديمة عن الصحة النفسية أن كل هذه الامم قد عزت للإضطرابات النفسية للشيطان الذى يمتلك الشخص ، هذا المفهوم يؤكد أن نظريات المرض متشابهه بعض النظر عن المكان وقد انتشرت هذه المفاهيم عبر آسيا وأوروبا حتى الى اميريكا . إن عدد العاملين فى مجال الصحة النفسية فى الدول النامية قليل جداً فى مواجهة العمل الضخم الذى يواجههم ، عددعم قليل لدرجة أنهم لا يغطون المناطق التى فى حاجة لهم (طه بعشر1966) .

فى كل الدول النامية هناك القليل جداً من الاطباء النفسيين المدربين المحترفين لمواجهة احتياجات الصحة النفسية وفى معظم الدول النامية هنالك طبيب نفسى واحد و2 ممرض نفسى مقابل 100.000 نسمة (فى معظم البلدان النامية) هنالك طبيب نفسى واحد وممرض نفسى واحد مقابل مليون نسمة واحياناً لا يوجد. على الرغم من أن بعض الدول لديها القدرة على زيادة عدد الاطباء الاخصائيين النفسين والممرضين النفسيين لا يوجد توقع للعشر أو العشرين سنة المقبله لتوفير متخصصين محترفين كفاية لمقابلة حتى احتياجات الصحة النفسية الاساسية.(Mankzan 1979)

العقاقير النفسية دائماً قليلة الامداد بالرغم من توفرهم فى المستشفيات العامة حتى فى مستشفيات الصحة النفسية ربما تكون لديها سياسة غير واضحة فى

توزيع الموجهات وقصور فى التوضيح والتدريب على الاستخدامات السليم والفعال لها . وعلى النقيض المهدئات المنومات الثانوية الثمينة تستخدم بكثرة وغير ضرورية فى المستوصفات والمستشفيات العامة (WHO 1979) .

تتوفر التقنية المكلفة فى بعض الاحيان ولكنها تستخدم وتحفظ بطريقة غير سليمة ، وقصور المصادر يزداد تتعقيداً ربما لقصور الكادر الادارى المؤهل لتقنيات الادارة والتخطيط. وفى معظم الدول خدمات الصحة النفسية لا تعتبر قديمة ، اقدم مستشفى هو مستشفى العباسية للامراض العقلية فى مصر والذى يعتبر اكبر مستشفى فى العالم العربى اسس فى العام 1880م ويحتوى على اكثر من 2500 مريض ، يليه مشستشفى "الخانكة" الذى اسس فى العام 1912 ويماثل مستشفى العاباسية فى السعه والحجم ويحوى حوالى 3000 مريض بالاضافة لوحدة خاصة لحالات المحاكم . فى الدول العربية الاخرى مصل لبنان ، سوريا ، ليبيا ، السعودية العربية اسست المستشفيات الصحية النفسية بين نهاية الخمسينات وبداية الستينيات من القرن العشرين ، مع عرض خطط مركزة على تدريب الافراد ، توفير الرعاية الطبية النفسية وتوسيع خدمات الصحة النفسية هى اساس حديث (طه بعشر 1983) .

الصحة النفسية فى السودان :-

حينما نذكر الصحة النفسية فى السودان لابد من ذكر التجانى الماحى والذى يعتبر اول متخصص فى الطب النفسى فى افريقيا وقد عرف بسعة تفكيره وافقه فى مجال الصحة النفسية لذلك لقب بأب الطب النفسى فى افريقيا . حيث انشأ فى العام 1949م أول مستشفى للطب النفسى فى الخرطوم ويعتبر رائد توجيه الصحة النفسية نحو المجتمع معتمداً فى ذلك على تربيته وثقافته الدينية السودانية وقد حاول واسس آليه للتعاون مع رجال الطرق الصوفية فى العلاج النفسى . تواصلاً لمجهودات ب. التجانى الماحى تأسست مستشفيات للصحة النفسية فى السودان ، أسس ب. طه احمد بعشر عدة وحدات للطب النفسى فى كل من الخرطوم ، شمال 1950 ، و ودمدنى 1967 ، ثم كسلا وبورتسودان وكوستى

ومنذ ذلك الوقت فشلت خدمات الصحة النفسية فى التوسع اكثر من تلك الوحدات المتخصصة والمرتبطة بالمستشفيات الحكومية وهذا يعزى الى قلة الكادر المؤهل

بما فى ذلك الاطباء النفسيين والاخصائيين النفسيين والباحثين الاجتماعيين (عبد الرزاق الفكى 1997م) .

نجد أن هنالك موقف غير عادل ضد الامراض النفسية فى العديد من المجتمعات والتى تعود للتقليل وعدم الفهم للاضطرابات النفسية وبالتالى اهتمام ضعيف بخدمات الصحة النفسية ، لذلك نجد أن خدمات الصحة النفسية غالباً ما تعطى اهمية دون المستوى ضمن اولويات خطط وبرامج الصحة ، هذا الوضع يجعل من الضرورى استخدام تسهيلات الرعاية الصحية الاولية (PHC) وكادرها والتعاون مع العديد من القطاعات ذات الصلة والمجتمع لايجاد طرق لامتداد وتوسيع خدمات الصحة النفسية فى المجتمع . (الجيلى ضياء الدين 2002م)

2- مفهوم الدراسة :-

أن المحور الاساس لمفهوم الاضطراب النفسى لدى مراكز الطرق الصوفيه للعلاج النفسى التقليدى هى فكرة الاعتقاد فى رجل الدين المتصوف وما تحمله من معتقدات اخرى لتقمص الارواح من جن وشياطين وغيرها والتى تمتلك الفرد ولا يتم علاجها الا عبر الطقوس الدينية الموجودة لدى مراكز الطرق الصوفية المعدة لهذا الغرض . نجد أن فى الوقت الحاضر أن الاطار العالمى للصحة قـد أولـى الصحة النفسية التقليدية اهتماماً واضحاً لإسـتمرارية الوضـع المميـز لهـؤلاء الممارسين للصحة النفسية – ولترقية وتحديث الصحة النفسية للمجتمـع الريفـى باعتبار للممارسات التقليدية والروحية التى تتبناها تلك المجتمعات .

فالشيخ بما لديه من معرفة ووضع اجتمـاعى وقيـادة وإتصـال مباشـر بالمجتمع يمكن أن يكون له تأثير كبير فى مجال التثقيف الصحى النفسـى وفـى توصيل المعرفة والمعلومات . من خلال المسائد التقليدية حيث تقام أنشطة يمكـن الإستفادة منها فى إنشاء برامج وقائية وعلاجية فى مجال الرعاية النفسية الأوليـة وتأسيس قاعدة أو نظام لصيق بين الصحة العامة والمسـائد المرتبطـة بخـدمات المجتمع . لذلك نجد إن إنشاء تعاوناً اكثر صلابة مع ممارسى الصـحة النفسـية التقليدية لا بد من وضع إعتبار وحساب ليس فقط لطبيعة ووظيفة الوسائل التقليدية لهؤلاء الممارسين وإنما بوضع اسس علميـة تبـين أنمـاط وتخصصـات هـذه الممارسات التقليدية لتكون مفاتيح لنماذج التعاون المنشود فى هذا المجال الواسع .

يستخدم العلاج النفسى التقليدى كعلاج قديم فى جميع انحاء العالم وبصفه خاصـه فى أفريقيا وآسيا ولدى بعض القبائل الامريكية.

يمتاز سلوك البحث عن الصحة فى معظم المجتمعات بازدواجية نظم الدواء والعلاج وكل نظام علاجي هو نتاج لرؤية معينه لمجموعة من الناس ومعظم هذه الرؤى تتغير عبر الزمن بتغيرات نظم العلاج – حيث أن بعض هذه النظم ربما تستوعب ضمن النظم العلاجية الحديثة القوية أو أن تموت نهائياً . وقد عرف النظام الطبى على أنه نمط من أنماط مؤسسات المجتمع والتقاليد الثقافية التى تنشأ من سلوك متعمد لتعزيز الصحة . وتضيف منظمة الصحة العالمية لذلك (أن دمج العلاج التقليدى فى الطب الحديث خاصة فى مجال الرعاية الصحية الأولية يمكن من الحصول على مساندة لشعار (الصحة للجميع فى العام 2000)) (W.H.O1974)

الدراسات السابقة :- Literature review

تولى الدراسات حول مسائد الطرق الصوفيه اهتماماً ولكن القليل منها تناول موضوع العلاج النفسى بهذه المسائد ، وبما أن هذا البحث يهدف إلى معرفة طرق التشخيص والمعالجة للإضطرابات النفسية ، تكرارها ونوع العلاج المقدم ، مقارنة خدمات التشخيص والمعالجة المقدمة بهذه المسائد ومراكز العلاج النفسى الحديث واتجاهات وأراء المختصين فى مجال الصحة النفسية والشيوخ ومرافقى المرضى نحو العلاج النفسى التقليدى والعلاج النفسى الحديث ، فسوف يتناول الجزء الحالى بعض الدراسات ذات الصلة المباشرة لموضوع البحث ، وستقوم الباحثة بتصنيفها إلى :-

أولاً : دراسات اهتمت بمراكز الطرق الصوفية :

1- دراسة فوز المنسى2001م بعنوان (الطرق الصوفيه كمؤسسات للرعاية الإجتماعية) .

هدفت الدراسة إلى معرفة أهداف مسائد الطرق الصوفية ودوافع ومنهج ووسائل التنشئة الاجتماعية عند المكاشفية أستخدمت أدوات اللإستبيان والمقابلة للدراسة . كانت أهم نتائج هذه الدراسة أن الطريقة القادرية المكاشفية التى أنشأها الشيخ أحمد المكاشفى فى القرن الثانى عشر الهجرى هى مؤسسة لتنشأة الإجتماعية وهى طريقة لها منهجها التعبدى الخاص بها ولها سندها فى منهج تنشئة الموريدين بعد دخولهم الطريقة وتطبق من خلال خطوات واساليب محددة . كما للطريقة هيكلها التنظيمى الذى يحدد الأدوار وعلاقتها . (فوز المنسى 2001م) .

2- دراسة ابتسام محمود 2000م بعنوان(العلاج التقليدى للإضطرابات النفسية).

هدفت الدراسة إلى معرفة البعد التاريخى للمعالجين التقليدين وخدمات الصحة النفسية ، وخصائص الزوار وذلك بمنظور أثر المجتمع ، الأساليب

العلاجية وأثرها فى الأمراض النفسية والعصبية والتعاون بين المعالجين التقليديين والمؤسسات التعليمية متمثلة فى جامعة الجزيرة .

وقد أستخدمت أدوات الإستبيان ، المقابلة ، مناقشة المجموعات البورية وكانت أهم نتائج الدراسة أن أعلى نسبة من الفئات العمرية للزوار كانت بين 20 -40 سنة ومعظمهم أميون ومتزوجون من الريف وأكثرهم نساء كما أتضح أن هناك فروق فى نشأة المراكز التقليدية وأساليبهم العلاجية والخدمات التى يقدمونها. كما أثبتت الدراسه أن أجماع كل المجموعات أن مشاعرهم نحو المعالجين التقليديين تتسم بالمحبة والأحترام والطاعة وأسباب المرض هى الجن وأمثل مكان لعلاجها هم الشيوخ . كما خلصت النتائج أن تكلفة العلاج أكثر لدى الشيوخ عنها لدى المراكز الطبية وأن الأسرة تكون أكثر رضاء بالعلاج بمسائد الطرق الصوفيه ، كما أن البقاء فى المسيد واستخدام بعض الأساليب الغير علمية له أعراض جانبية سيئة. لذلك أوصت الدراسة إلى التعاون بين المعالجيين التقليديين والمتخصصيين سيكون له فعاليه أكبر فى تحسن المرضى النفسيين (ابتسام محمود 2000) .

3- دراسة عبد الرحيم الماحى 1983م بعنوان (المعالجين التقليدين الذين يستخدمون الطلاسم و القرآن) حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على الوسائل التى يستخدمها الشيوخ فى السودان فى علاج الأمراض العقلية ومقارنة هذه الوسائل ما امكن بالعلاج النفسى المعاصر . وقد أستخدمت أدوات الدراسة المقابلة ، الإستبيان ، الملاحظة .وقد كانت أهم نتائجها أن الشيوخ بالإضافة إلى وسائلهم التقليدية كالعزيمة والمحاية والبخرات والورق والحجاب يستخدمون وسائل أخرى لا تقل فعالية عن تلك التى تستخدم اليوم فى مجال الطب النفسى المعاصر . فالوزن الإجتماعى المتميز للشيخ وكونه بمثابة الأب المعظم لموريديه والالمام المجتمع بمفاهيم التشخيص ووسائل العلاج كلها عوامل مساعدة لخلق المناخ الملائم للإستشفاء الناجح السريع (Quick fix therapy) فمن الوسائل الأخرى التى يستخدمونها الشيوخ فى العلاج الضرب والقيود والسلاسل تقيد نوعية الطعام وكلها وسائل يبدو أن لها قيمة ايجابية فى إطار العلاج بالأكراه (Aversion) أضف إلى ذلك أن وجود متسع من المكان والعدد الكافى من معاونى الشيخ والنشاطات الجماعية والفردية المتنوعة

بالمسيد كلها تفيد كثرا فى تنفيذ برامج العلاج الجمعى (Group therapy) والعلاج المهنى (Occupational) . غير أن ذلك كله لا ينفى وجود بعض الممارسات العلاجية الضارة التى قد نجدها فى بعض مسائد العلاج التقليدى .

الجدير بالذكر أن الشيوخ فى السودان اليوم قد نمت بينهم وبين العاملين فى مجال الصحة النفسية علاقات ايجابية تطورت عبر الزمن وعلى كل فقد اتضح من قياسات الميول لدى المرضى أن الشيخ فى الريف السودانى يتمتع بشعبية أوسع من تلك التى يتمتع بها الطبيب النفسى . (عبد الرحيم الماحى 1983)

ثانياً : دراسات عن العلاج التقليدى والتعاون والتكامل :-

تختلف العديد من نظم العلاج النفسى التقليدى باختلاف المجتمعات فى العالم ففى افريقيا مثلاً يختلف العلاج النفسى التقليدى فى منطقة كينيا عنه فى اثيوبيا . وفى الصين مثلاً لديهم وسائل علاج تختلف عن بقية الدول الاسيوية ، كما نجد أن فى اميريكا ارتبطت نظم العلاج النفسى التقليدى بدخول المهاجرين اليها كل حسب مجتمعه الذى هاجر منه وفى مجمل هذه الاختلافات يعتمد العلاج النفسى التقليدى على المعتقد الاجتماعى لتلك الفئة أو الفئات وبإختصار فإن العلاج النفسى التقليدى هو جزء من ادماج الثقافة (معتقدات ، عادات ، تقاليد واتجاهات اجتماعية) ثم ادماجها مع المعرفة والمهارة التى توارث عبر الاجيال لتلك المجتمعات التقليدية .

1- دراسة سالس هـ 2001م بعنوان (احتياجات الرعاية الصحية النفسية رؤية لخدمات الافراد بدون مأوى) أجريت على المشردين فى منهاتن بألمانيا – اقترح بعد الدراسة أن الملاجىء التقليدية التى تستخدمها الدولة لإيواء المرضى النفسيين تحمل داخلها تفاقم لحالتهم النفسيه ولذلك اقترح بأن يكون هنالك دعم من خدمات المؤسسة الاجتماعية للصحة النفسية بتنسيق متكامل مع المؤسسات غير الرسمية التى تعنى بالصحة النفسية مما سيقلل من خطر تفاقم حالة هؤلاء المتشردين من المرضى النفسيين (Saliz H. Horst A 2001)

2- دراسة فيكارى اندراوس 2000م بعنوان (نموزج للعلاج المتكامل للوطنيين الاستراليين) هدفت إلى فحص نموذج علاجى للتداخل يهدف لتطوير وتقوية النواحى العلاجية على مستوى منطقة الاسرة والفرد . صمم النموذج فى شكل دراسة حالة Case study تتضمن التداخل النفس مع المجتمع المحلى

ولأمكانية تطوير وترقية نموذج العلاج الموجود وخلصت الدراسة إلى أن العديد من ممارسى العلاج والارشاد النفسى يواجهون بالمعلومات العملية التى تخص المجتمع المحلى – وبالتالى يتولد نوع من عدم الثقه والكفاءة فى فعالية المعالجات والارشاد لضعف أو فقدان المعلومات العملية والثقافية الكفوءة – فالمعالجين والمرشدين من مناطق مختلفة عن المنطقة التى يعملون بها يلزمهم الالمام بالكثير من المعلومات بالاضافة لخبرتهم الذاتية ومعارفهم .(Vicary.Andraws2000)

3- دراسة ماديسون اس 2000م بعنوان (المكونات الضروريه لتعاون المجتمع لتنميه وتطوير الأسرة) هدفها وضع برنامج لتطوير الاسرة باستخدام المكونات الضرورية لتكامل المجتمع ، وقد تم تطوير وسيلة للبرنامج بواسطة زملاء مشاركين وتعاون بين الجامعة والباحثين أعضاء المجتمع (المدرسة الاسرة والمجتمع) شرح فيها الطريقه التى بها يؤثر هذا التعاون فى التطوير ، وقد وضح ذلك فى جزئية نموذج دمج النتائج العلمية وتعاون المجتمع فى تطوير برنامج الوقاية الصحية النفسية المتكاملة. (adison sm and others 2000)

4- دراسة كارلوس بى جى 1999م بعنوان (الحاجات الدينية والروحية لمحتاجى الصحة النفسية) وأوضحت الدراسة ضرورة وعى العاملين فى مجال الصحة النفسية بأن مرتادى مراكز الصحة النفسية (Clients) ربما يحتاجون لنواحى دينية وروحية لذلك لابد من اعداد مكثف لهذه الاحتياجات الروحية والدينية وأن تكون ممارسة معيارية Standard practices فقدان الجانب الروحى والدينى ربما يكون هو سبب المرض وبالتالى توفير هذه الجوانب يساعد فى المعالجة (CharlesPJ 1999م)

5- دراسة كولدستاد إى 1999م فى النرويج يعنوان (المعتقد) اكدت بأن المعتقد الدينى ربما يكون عامل موصل Conductive للمرض العقلى وفى نفس الوقت ربما يعمل كعامل علاجى - المعتقد الدينى والمجتمع الدينى ربما يغير الشخصية ويؤثر على الصحة العقلية للشخص ذو الاعتقاد الدينى وفى الجانب الآخر الشخصية واحداث الحياة ربما تؤثر على التوجه الدينى والمعتقدات والتوجهات الاخلاقية . وبالتالى المعتقدات الدينية والمجتمع المتدين فى تبادل للتأثير ولذلك مازالت الحوجة لتعاون اكثر بين محترفى العلاج الدينى ومهتمى الرعاية الصحية النفسية (1999م Kaldestad E

6- دراسة ماهل ماردونا 1999م بعنوان (العلاج الأمريكى التقليدى للأمراض المزمنه – تطوير برنامج متداخل وتقييم أثره) . حيث جرت حوارات عديدة ومشاورات بين باحث هذه الدراسة والعديد من ممارسى العلاج التقليدى عن الكيفية التى يمكن أن تقدم أو تطور بها اثر هذه الممارسات التقليدية من ثم تم تطوير مدخل لتجسير الثقافات لتسهيل التفاعل بين التقليديين وغير التقليديين وفى ذلك تمت الاستفادة من عامل تكييف الزمن بعينه من المرضى داخل غرف الرعاية الصحية مع تنظيم المعالجة الطبية والتعلم نتج عنها تحسن فى المعالجة بهذه الرعاية المتكاملة علماً بأن هذه التغيرات لا تحتاج الى توسيع فى مجال الخدمات الخاصة . (Madroma LE –Mahl 1999)

7- دراسة رودى سالون 1998م بعنوان (طب الثقافات والطب النفسى) فى اندونسيا حيث ركزت الدراسة على المشاكل المتعلقة بالمرضى ووضعهم وتوقعاتهم بالاضافة للعلاج التقليدى وما يتبعه من نتائج كما يحكم عليها .فى 1974 م بدأ الدمج لخدمات الصحة النفسية مع بعض المراكز الصحية وقد صار ذلك امراً هاماً وضع ضمن خطة تنمية لخمس سنوات 1979 – 1984م والتى دمجت خدمات الصحة النفسية فى خدمات المستشفيات العامة على مستوى المقاطعات . نما اتجاه جديد فى 17 مقاطعة حيث المستشفيات النفسية اصبحت تمد خدماتها الصحية للمرضى الخارجيين فى عيادات مختارة . منذ العام 1971 – 1983م تم ضم 100 مركز صحى بالاضافة ل 300 مركز صحى تحت التشييد مبرمج على خطة ثلاث سنوات قادمة . وبالرغم من الاتهامات التى تقدم من الاطباء النفسيين للمعالجين التقلديين الا أنه لدهشة الجميع فقد قبل هؤلاء المعالجين التقليديين التعامل مع النظام الطبى النفسى الذى قدم من الغرب على الرغم من ثقافتهم الشخصية وتجاربهم . كما أن صانعى السياسة الصحية فطنوا الى أن السلوك التقليدى للناس لا يمكن تغييره بأفكار او ممارسات جديدة – هذا الاعتبار دفع ادارة الصحة النفسية لدراسة أنشطة المعالجين التقلديين وسلوك المرضى لأجل التعرف بشكل عملى على دور العلاقات بين المعاليجين التقليديين ومحترفى الصحة النفسية الحديثة (Rudy Salon1998) .

8-دراسة أوبيسان كا 1998م ، (Obissan Ka) و أديقيميم (Adegmem A.A) بعنوان (ممارسة المعالجين القليديين الدينين المسيحيين

لعلاج العقم وبعض متعلقات الخصوبة) فى شمال غرب نيجريا شملت الدراسة 193 معالج تقليدى و99 معالج دينى مسيحى حيث أن المعالجين التقليديين والدينيين اعتبروا ومنذ زمن بعيد من أهم مصادر الرعاية الصحية المعروفة فى تلك المنطقة . أثبتت الدراسة بأن النوعين من المعالجين يعتقدون من أن ماضى حياة المرأة وأن الاصابة بالعقم ناتجة من الاصابة بالسحر أو اللعنه لذلك تتم المعالجة عن طريق تقديم القرابين Sacrificers والصلاة والصيام و بالاحتياط وتوقيت مواعيد الجماع بين الرجل والمرأة فى اوقات الاخصاب . وبالرغم من الاختلاف الواضح بين المعتقدات الدينية لكل فريق من العالجين الا أنهم يتفقون فى الاعتقاد بالاسباب والممارسات العلاجية (obissau Ka 1998)

9- دراسة ييب كي اس 1998م فى هونج كونج بعنوان (الرعاية الاجتماعية غير الرسمية لمستحقى الرعاية الصحية النفسية) وتأهيل المجتمع ذو الافراد الذين يعانون من الاضطرابات النفسية توصل الباحث إلى تطوير الرعاية النفسية غير الرسمية فى هونج كونج عن طريق المجموعات المساعدة الذاتية Self-help groups ودمج تدريجى بين النوعين من الرعاية والتى مازالت تحت التطور او ذات مشاركة محدودة . فالتكامل الاجتماعى فى الرعاية يمكن أن يساهم فى تطوير الرعاية الاجتماعية الرسمية فى هونج كونج (Yip Ks) 1998

10- دراسة الن ريد 1998م بعنوان (وجهات نظر ممارسى الرعاية الصحية النفسية المتكاملة) عن طريق جمع أراء ووجهات نظر ممارس الرعاية الصحية النفسية المتكاملة (IMHC) والتى هى نموذج لاساس اجتماعى يعتبر المريض والمهتمين بالرعاية النفسية غير الرسمية هم المشاركين الرئيسيين للعلاج من مشاكل الامراض النفسية – استخدم فى هذه الدراسة عدد 35 من ممارسى الرعاية الصحية النفسية المتكاملة فى نيوزيلاندا وبعد سنه من تدريبهم على النموذج المتكامل جمعت هذا الآراء ووجهات النظر باستخدام وسائل جمع المعلومات النوعية والكمية من خلال استبيان ومقابلات مصممة كانت النتائج كما يلى :-

ا/ عدد قليل من المتدربين استطاعوا أن يستخدموا النموذج على قدرما يريدون

ب/ رأى بعضهم بأن بعض استراتيجيات تطبيقة ووضوح تصميمه كان مفيد بصورة عامة

ج/ أن النموذج النفسى الاجتماعى له انعكاس ايجابى على معتقدات الممارسين عن الاسباب ومآلات المشاكل الصحية الصعبة اليه .

وكانت خاتمة الدراسة أن المشاركين فى النموذج قد اعطوا العديد من التوصيات عن كيفية استخدام الرعاية الصيحة النفسية المتكاملة واستشارات القائمين على الامر والمستخدمين بها والاسر والمجتمع مع تقوية المقومات النفسية الاجتماعية . (Allen.Reed 1998) .

11- وفى مقال لديكسون ك " Dixon K" 1998م بعنوان (أدوار محترفى الصحة السلوكية فى النظم المتكاملة) كتب (أنه لمن المدهش أن التكامل قد بدأ يظهر مرة أخرى فى الوقت الحالى كموضوع اساس فى الرعاية الصحية فقد اصبح محور الضوء نتيجة ما تعانية متطلبات ادارة الرعاية الصحية من ضغوط اقتصادية من موظفين ومسئولين وفى الغالب يتركز اهتمامنا فى الصحة السلوكية على وقاية ادوار المحترفين التقليديين وتطوير الوقاية الصحية بطريقة ينتج عنها نتائج افضل للمرضى وبثمن أدنى محتمل – فالتكامل بتغيير الادوار role changes هو معروف لدى علماء الاجتماع وقد يقود الافراد احياناً لاتجاه آخر مغاير Disoriented لذلك سيقاوم بعنف من المجموعات أو المعاهد التى لها مناصب فى مستوى Statusqus – وهذا ماهو عليه نحن كما يبدو الآن .

فى هذا المجال بالرغم من حماسنا الحالى لهذا التكامل برؤى بريئة تسمى (تكامل) سنكون اكثر قناعة بأن مبتكرى الرعاية الصحية النفسية سينجحون – فنوعية الرعاية والاهتمامات تحتاج اليهم ، اتمنى أن يجدوا اكثر من مجرد استقبال فاتر خال من الدفء. (Dixon k 1998)

12- دراسة فريمان أم ومتسى بعنوان (تخطيط الرعايه الصحية فى افريقيا – هل هناك دور للمعالجين التقليديين ؟) وقد أوضح أنه فى زمبابوى Zimbabwبالرغم من أن هناك اعتبار رسمى للعلاج التقليدى الا أن هنالك معارضه رسمية وغير رسمية تنعكس فى مشاكل ذات مداخل متعددة ، حيث اتخذت زمبابوى خطوات لإدخال العلاج التقليدى ضمن خدماتها الصحية عبر

جمعية المعالجين التقليدين القومية (Zinatha) التى انشئت بعد الاستغلال نجد أن قابلتها مشكلة عدم تطبيق التعاون مع المجلس الرسمى الذى يناط به تنظيم الدمج بين التقليدى والطبى لعام 1981م. هذا بالطبع شكل معارضه لهذه السياسة من الممارسين التقليديين والحديثين . كما أن العديد من الممارسين التقليدين ينظرون الى العلاج الحديث كخطر لاحترافهم مما مثل عقبة نحو التعاون لذلك نجد عدداً كبيراً من المعالجين التقليديين لم يسجلوا ضمن قوائم خدمات الصحة النفسية .

وتحت مفهوم (أن المعالج التقليدى كان ولا يزال) فى موزمبيق Mozanbigue – دعمت جمعية ما يسمى بالمعتقد الخرافى Superstition خطوة الدمج ولكن هذه الخطوة لم توفق حيث أن اكثر من نصف السكان مستمرون فى الذهاب للمعالج التقليدى كما أن سياسة الدمج التى اتبعتها الحكومة شكلات توتراً ما بين المراكز الحديثة والسكان الذى اشعروا أن اختيارهم وتعبيرهم الثقافى قد تم التدخل فيه . أدى اعتبار الحكومة لفشل السياسة السابقة الى تغيير بعض الاخطاء والمداخل وحالياً اصبح الناس لديهم الخيار الحر فى لمن تكون رعايتهم الصحية النفسية ، كما أن جمعيات المعالجين التقليديين قد شجعت من قبل الحكومة – والجدير بالذكر هنا أن هذا التشجيع لا يعنى أن الدولة غيرت مفهومها فى الرعاية الصحية الحديثة وانما تريد أن تبرهن فعالية الرعاية الصحية الحديثة دونما رفض رسمى للعلاج التقليدى .

طبقت ذات المحاولات التى تمت فى زيمباوبوى وموزمبيق فى سوازيلاند بيد أن تسجيل جمعيات العلاج التقليدى فى سوازيلاند قد بدأ مبكراً منذ 1940 – وحالياً تحاول الحكومة تشجيع الروابط بين المعالجين التقليديين ونظم الرعاية الصحية الحديثة كما أقامت بعض البرامج المتحدة (Joint Programms) 1998م Freeman and M.Motser) .

كتب فى ذلك اوفنر ج 1998 Offiner J أنه منذ تاريخ قديم كانت تعتمد القبائل الجرمانية منذ مئات السنين على العلاج الروحى الذى كان يعرف بالبروشر "Braucher" هاجر نظام العلاج التقليدى مع المهاجرين للأراضى الجديدة مع العديد مه الجماعات الدينية الجرمانية وبالتفاعل مع المجتمع هنالك عرف هؤلاء الكثير من العلاج بالاعشاب والعلاجات الروحية الاخرى ففى شمال اميريكا يعرف

هذا النوع من العلاج بالباو ووا Pow wower وسط سكان بنسلفينيا الهولندية المجتمع وخاصة فى (لانكاستر) وهذه الممارسات مازالت معروفة هناك (Offiner J . 1998)

13- دراسة بارنس يل 1998م بعنوان (دراسات دينيه) جرت فى الولايات المتحدة الاميريكية منذ العام 1970 اعادة تثقيف للعلاج التقليدى الصينى فأولئك الذين يصفون انفسهم بأنهم يوفرون توجيه متكامل عادة ما يستخدمون مصطلحات مثل (انفلاق الطاقة) لتفسير المرض سواء كان هذا المرض عضوى أو عاطفى أو روحى وبناء على نظام طقوس مايسمى (Cupucture modality) والتى عن طريقها (تفتح الطاقة) فى مثل هذه الحالات حيث تستخدم بواسطة بعض الممارسين مع بعض مداخل العلاج المنفسى والتى غالباُ ما تحتوى على تقييم شفهى للاحساس بالمرض ، بعض الممارسين غير الصينيين فى الولايات المتحدة الاميريكية يقومون بالاطلاع على الكتيبات الصينية القديمة لتطوير علاج تقليدى اميريكى مستخدمين فى ذلك تشخيصات من الطب التقليدى الصينى (TCM) الزعم الاساسى لغالبية هذه المجموعات التشخيصية يعزى لحالات نفسية أو روحية ولذلك تكون ذات فائدة فى اوضاع الاميريكيين الذين يفضلون هذا التوجه مع العلاج .ومن بين هذه الفئات أولئك الذين اخذوا من الطب التقليدى الصينى المتعلق بعلم الشيطان demonology فإصبح ماكان دينياً فى الصين نفسياً فى مواقع اميريكا . وفى نفس الوقت هنالك العديد ممن يستخدمون هذه المصطلحات الخاصة بالممارسات الصينية المعقدة والتى يمكن أن توصف بأنها طبيه وعلاج نفسى دينى فى آن واحد . (Barnes il 1998)

14-دراسة شاهد اطهر 1998م بعنوان (الطب البديل كمساعد أو كملحق للطب المعروف أو المصطلح) وقد ثبت أنه فى الولايات المتحدة U.S.A يستخدم 60 مليون امريكى الطب البديل بقيمة 13.7 بليون دولار سنوياً ، بما فى ذلك 3 مليون دولار فى العلاج بالأعشاب، عدد الزيارات السنوية لممارسي الطب البديل 425 مليون زيارة مقارنة بالزيارات لأطباء الرعاية الأولية وهى 388 زيارة سنوية . وفى بعض المدن الصغيرة والقرى حيث قصور الخدمات الطبية الحديثة يكون الطب البديل هو الوحيد فى المنطقة وليس هنالك شك فى أن بعض هذه المعالجات البديلة تعمل ، ولكن الطب البديل يتضمن بعض المشاكل أهمها

الحاجة للمعيارية ، الحاجة للنظم واللوائح والحاجة لوصفه أو تركيبه موحدة خاصة ما العلاج بالأعشاب ، وليس فقط التحذير من المضاعفات وتأخذ السعي للعلاج المبكر . ضم بعض جوانب الطب البديل والتي برهنت فائدتها ، وتطوير رؤية الطب المتكامل أصبحت ذات أهمية كبرى ، حيث هنالك عدد من المستشفيات لديها أقسام الطب المتكامل أو ما يسمى بالطب المعاصر والتي يحول لها المرضى لمزيد من الفائدة . (Shahid Atthar 1998) .

15- دراسة هيلز أ 1996 بعنوان (معتقدات الأفارقه بغرب أفريقيا عن المرض النفسى) وقد كان مصدر هذه الدراسة هى تحليل محتوى مقالات الدارسين فى مجال الصحة النفسية فى غرب افريقيا وقد كانت النتائج تدل على أن لتدريب العاملين فى مجال الصحة النفسية لابد من معرفة ثقافة المستفيدين لأجل فهم المريض ومعاناته . أوصت على تأكيد اهمية تعليم المعتقدات الثقافية بغرب افريقيا تسمح بطب نفسى وتمريض نفسى متكامل بدلاً عن تجريد المعتقدات الثقافية بالنسبة للعاملين فى المجال (Hales A 1996)

16- دراسة ليونارد روبنسون 1996 بعنوان (معتقد غرب أفريقيا عن المرض النفسى) فى مجتمع ليبيريا وقد وجد أن الاعتقاد الغالب بين الاهالى فى المرض النفسى يعزى لثلاث اسباب الاول أن الشخص يمرض نتيجة لفعل سيىء قام به ، والثانى بفعل سحر بواسطة آخرين والثالث مرض عبر العمل ولذلك فالمعالجة تتم من خلال القرابيين Sacrifices او التنقية للنفس Purification لذلك حاول الباحث أن يدمج بين المعتقدات السائرة فى مجتمع ليبيريا ومحتويات التمريض النفسى الحديث وقد ساعده على ذلك تدريس طلابة من الليبيريين دونما المساس بالعتقدات الثقافية لذلك البلد. (Leouard.Robinson 1996)

17-دراسة دونللى بي جي 1992م بعنون (انعكاسات الثقافة فى العلاج النفسى فى توقعات الكوريين) ثبت أن النموذج الذى ينشده هؤلاء الكوريين يماثل علاقة نظام المدرس الخاص فى كوريا. (Special teacher decipline) وأن الممرض النفسى له وضع مميز وسط الكوريين وأن التوصيات قد وضعت نماذج علاج مدمج على المفاهيم الغربية للعلاج النفسى مع المفاهيم الثقافية للصحة النفسية الكورية الموجودة ضمن المجتمع .(Dounelly PJ 1992)

18- دراسة مانكزانا أى أم بعنوان (موضوع للمعالجين التقليديين فى جنوب أفريقيا) وقد ذكر أنه فى جنوب افريقيا بعد الاستقلال والقضاء على النظام العنصرى اصبح هنالك تغييراً فى السياسة الصحية يواكب الوضع الجديد للمجتمع وخاصة الوطنين حيث اصبح استقلال المعالجين التقليديين ووضعهم الحالى مهماً وذلك بوضع خيارات يمكن استغلالها اذا تم عمل رابط بين العلاج التقليدى الموجود والنظم الصحية الحديثة . حيث هنالك ثلاث اشكال من العلاج التقليدىالاول وهو المعالج التقليدى الذى يخدم كالطبيب فى العلاج بالاعشاب وبعض العقاقير (Ingagma) والثانى يسمى المعالج التقليدى وغالباً تكون إمراة Sangoma zulu التى تعمل من خلال نطاق تقليدى دينى وفوق الطبيعى Super natural وتعمل كوسيط او وسيلة بين ظل الاجداد والاحياء من البشر. والثالث وهو المعالج الذى دمج بين طقوس المسيحية الممارسات التقليدية Umprofethics faith holds - وهذا الاخير يمكن ارجاعة الى بزوغ حركة استغلال الكنيسة الجنوب افريقية عن الارسالية الكنيسية الغربية - ما يهم فى هذا الاطار أن المعضلة الاساسية التى قابلت عملية هذا الدمج والتعاون بين النظامين التقليدى والنظام الحديث أن تسجيل هؤلاء المعالجين بانماطهم الصحية اصبح غير ممكن بعدة اسباب منها أن الكثيرين منهم رفضوا التسجيل لأن معلومات التسجيل تتضمن الخبرة والمدة التى قضاها كمعالج وبعض الخطوات المعقدة الاخرى – كما أن هنالك سؤالاً قد طرح وهو من هم الذين يقيمون هذه الفئه من المعالجين ، ثم أن الكثير ممن ابدوا تعاوناً فى هذا المجال كان هدفهم الاساسى هو التعلم وزيادة معرفتهم بطرق ووسائل العلاج الحديث ولكى يستفيدوا من الصفة القانونية لممارستهم . كما أن هنالك مشكلة تمويل هؤلاء المعالجين (رسوم خدمات) ، وآخر مشكلة وهى صعوبة قياس فعالية هذه الممارسات العلاجية لآن هؤلاء المعالجين التقليديين بالاضافة لعلاج الاضطرابات النفسية يقومون بمعالجة بعض المشاكل الاجتماعية (1979م Mankazana EM)

19- دراسة منظمة الصحة العالمية 1978م بعنوان (تقرير لجنة المتخصصين فى خدمات الصحة النفسة فى البلدان النامية) وقد وضح أن الطب التقليدي قد عرف منذ زمن بعيد و يستخدم بكثرة لذلك لابد من تطويره وتطوير فعاليته لاستخدام أوسع ولفائدة البشرية ، أنه يحتاج إلى التقييم ووضعه فى الاعتبار

وتطويره لتحسين أثاره وسلامته وتوفيره ليطبق على نظام أوسع بثمن أرخص . لأنه كمل هو معلوم ، نظام رعاية صحية لإفراد المجتمع أنفسهم وهو مقبول لديهم لأنه به بعض المحاسن فى عدة أماكن وذلك لأنه جزء من ثقافة المجتمع وهو أيضاً له الفوائد الخاصة به وخاصة تلك المتعلقة بمشاكل الثقافة الصحية ، يعتمد تطوير وتقويم هذه النظم التقليدية باعتبار لثقافة المجتمع وموروثاته لأنه أولاً فريد وشامل وثانياً لعوامل عملية خاصة بالمجتمع WHO Geneva 1978 .

20- دراسة ليزلى سى 1976 بعنوان (التنافس الطبى فى الهند الحديثة)

هدفها البحث عن انجح التقنيات الحديثة لعدة مجالات للتنمية ، مثل الزراعة ، الإسكان ، الري ، التصنيع والتربية - الخ حيث وجد أن تركيز التنمية انحصر على العلوم الحديثة والتقنيات دون التوجه نحو الأفراد not people centred وبالطبع مجحف لحياة الفقراء موضوع التنمية . حيث نجد أن الممارسات التقليدية والحكمة فى هذه المناطق الفقيرة نجد رواجاً واسعاً وفى كثير من الحالات كانت ذات فعالية وداعمة لحياة اليأس ، كامتداد منطقي لابد من النظر فى هذه التقاليد والممارسات العلاجية التقليدية بعين الاعتبار. امتدت هذه الممارسات التقليدية والمعتقدات لحوالى أكثر من 2000 عام ، لذلك ، لابد من أن هنالك شيئاً جديراً بالاحترام فى هذه الأنظمة التقليدية ، علينا النظر – أذا كان ضرورياً – ما اذا كانت هذه الممارسات المرتبطة بالعادات ذات تأثير عملي وفعال أم لا ، وقد تجدد اهتمام شديد بين الأوساط المتعلمة الغربية خلال الـ15 سنة الأخيرة نحو الطب التقليدي والممارسة العلاجية التقليدية والطبيعية . (Lesile.C. 1979)

21- في مقال لريموند برنس بعنوان (أعشاب الراولفيا Rauwolfia في علاج الإضطرابات الذهانية في نيجريا) كتب (علي الرغم من إنتشار الطب النفسي الغربي في القرن العشرين نجد أن الأطباء في مستشفى (أرو) بأبيوكوتا بشيرون إلي المرضي النفسيين بالذهاب للمعالجين التقليديين ، وقد كنت في بادي الأمر أعتقد أن هذا التوجه ناتج عن معرفة الأطباء بالخلفية الثقافية لذلك المجتمع ولكن وجدت أن هنالك أسباب أخرى أهمها أن المعالج التقليدي من منطقة ابيوكوتا يستخدم إلي جانب الطقوس الروحية بعض الأعشاب التي تؤدي للنوم العميق وهذه الخبرة متوفرة لدي اللكثير من المعالجين التقليديين فى نيجيريا)

Reymond Prince 1959)

تعليق الباحثه على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية :-

تناولت الدراسات السابقة وصف عن مسائد العلاج الصوفى فى السودان وصف لتلك المسائد وتوضيحاً لبعض ما تقوم به هذه المسائد من تعليم ورعاية اجتماعية ، كما تناوت معظم البحوث عالمياً عن العلاج التقليدى فى المجتمعات الأخرى كثيراً من الاهتمام بتقييم هذه الأنماط من العلاج بل أن بعضها قام بمحاولات كان لها دور ايجابى فى توصيل مفهوم الصحة النفسية الحديثة لمجتمعاتهم .

يبدو أن هناك قصور واضح فى مجال هذه الدراسات وخاصة التى إجريت فى السودان فمثلاً :-

1- اقتصرت دراسة عبد الرحيم الماحى 1983م على الوسائل التى يستخدمها الشيوخ فى علاج الأمراض العقلية ومقارنة تلك الوسائل ما أمكن بطرق العلاج النفسى المعاصر .
2- اقتصرت دراسة ابتسام محمود 2000م على معرفة البعد التاريخى للمعالجين التقليدين ، خدمات الصحة النفسية ، وخصائص الزوار وذلك من منظور الأثر الإجتماعى والتعاون بين المعالجين التقليدين ومؤسسات التعليمية ممثلة فى جامعة الجزيرة .
3- وتلاحظ الباحثة أن دراسة فوز المنسى على دوافع ومنهج ووسائل التنشئة الإجتماعية عند المكاشفية (مسيد الشكينيبة) فقط.
4- كما تلاحظ الباحثة أن الدراسات الإجنبية قد تناولت فى مجملها العلاج التقليدى بصورة عامة مقابلة بالعلاج الطبى الحديث ومقترحات نحو التكامل أو التعاون .

الإستفادة من الدراسات السابقة : -

لا شك أن الباحثة قد استفادة من المجالات المختلفة التى تناولت دراسات مباشرة عن العلاج بمسائد الطرق الصوفية والدراسات غير المباشرة التى تناولت العلاج التقليدى بمختلف أشكاله وتجارب التعاون والتكامل فى بعض الدراسات وقد ظهرت أوجه الإستفادة فى :-

أ- ساعدت الدراسات السابقة الباحثة فى اختيار منهج الدراسة .

ب- كما ساعدتها هذه الدراسات فى صياغة وتحديد مشكلة البحث وفروضه .

ج- ساعدت هذه الدراسات الباحثة فى اختيار وسيلة تحليل النتائج .

موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة :

1- اهتمت الدراسة الحالية بمعرفة أوجه القصور فى الدراسات السابقة عن العلاج النفسى التقليدى وبصفه خاصة العلاج التقليدى الصوفى وبتحديداً أكثر عن كيفية التشخيص وتقيسم اللإضطرابات النفسية ووسائل علاجها والإستجابة للعلاج فى حالتى العلاج التقليدى الصوفى فقط والعلاج المتكامل بينه وبين العلاج الطبى الحديث ، وأراء وإتجاهات شيوخ الطرق الصوفية نحو العلاج الطبى والتعاون أو النكامل بين النظام الذى يتبعونه فى العلاج والعلاج الطبى.

كما أهتمت الدراسة أيضاً باتجاهات اختصاصى الطبى النفسى نحو العلاج النفسي التقليدى الصوفى وإمكانية تعاونهم مع هذا النظام . بألإضافة إلى إهتمام الدراسة بأراء وإتجاهات مرافقى المرضى نحو النظامين من العلاج والنموذج الذى يفضلونه لعلاج ذويهم المطربين نفسياً حيث أن هؤلاء المرافقون يمثلون إلى حد ما ثقافة المجتمع ومفاهيمه نحو العلاج النفسي ، لتمكن من الاستفادة من تلك المسائد فى تطوير نظم الصحة النفسية معتمدين فى ذلك على البيئة السودانية المطبقةفى تلك المسائد والمقبولة اجتماعياً لتكون الفائدة أشمل وأعم بطرق علمية تساهم فى ترقية وتطوير نظم الصحة النفسية .

1- أوجه اختلاف الدراسة الحالية من الدراسات السابقة كان فى حدود الدراسة وأفراد العينة وأدوات الدراسة .

الفصل الثالث

منهجية الدراسة

تتناول الباحثة فى هذا الفصل المنهجية المستخدمة للتحقق من فروض الدراسة حيث يشتمل على منهج الدراسة ، مجتمع الدراسة ، أدوات الدراسة وطريقة جمع المعلومات ، وشرح للأدوات التى أستخدمت لجمع المعلومات ثم

أستعراض الباحثة للإجراءات التى استخدمت بها أدوات الدراسة ثم عينات الدراسة والمعالجة الإحصائية .

1- منهج الدراسة

اعتمدت الباحثة فى هذا البحث على المنهج الوصفى التحليلى . وقد عرف المنهج الوصفى التحليلى بأنه المنهج الذى يهدف إلى وصف ما هو كائن وتفسيره (شيجل1995م) .

يقوم المنهج الوصفى التحليلى على أهداف تتمثل فى الأتى : -

1- جمع معاومات مفصلة وحقيقية عن ظاهرة موجودة فعلاً فى المجتمع .
2- تصنيف وتحليل وتقويم المعلومات المتعلقة بالظواهر المختلفة
3- فحص العلاقة بين الظواهر المختلفة
4- إمكانية التنبوء بما تؤول إليه الظاهرة وبالتالى وضع الحلول المختلفة للمشكلة (كوهين 1995م) .

يهدف المنهج الوصفى التحليلى إلى نعت ورسم صورة واضحة المعالم لخصائص مجموعة معينة أو موقف معين تغلب عليه صفة التحديد مع التحليل والتقييم لهذه الخصائص ومن خلاله نتمكن من جمع بيانات كافية ودقيقة وبتحليلها لكشف غموض الظاهرة ونتوصل إلى نتائج يمكن تعميمها (سمير محمد حسين 1995م) .

2-مجتمع الدراسة : -

فيما يلى تورد الباحثة توصيفاً من مجتمع الذى تمت فيه إجراءات الدراسة الميدانية : -

مجتمع وسط السودان يضم حسبما ورد فى نشرت مركز الدراسات الإحصائية للعام 2001م حوالى 6.851.000 نسمة للسكان السودان والبالغ عددهم 31.913.000 – وتضم ولاية الجزيرة حوالى 3.217.000 نسمة يعتمد غالبيتهم على الزراعة لذلك يتمركزون فى المناطق الريفية .

يشمل مجتمع هذه الدراسة عدداً من مراكز الطرق الصوفيه التى تمارس العلاج النفسى التقليدى نذكر منها طيبه الشيخ عبد الباقى ، الشكينيبة الشيخ المكاشفى ، طابت الشيخ عبد المحمود ، ود الأبيض الشريف عبد الله ، أبو حراز أم ضواً بان ، مسيد أبو قروون ، مسيد الشيخ مصطفى الفادنى ، مسيد الشيخ ابراهيم الكباشى ، مسيد الهلاليه الشيخ الطيب ود المرين ، مسيد عفينه الشيخ طه محمد الشيخ سعيد ، مسيد محمد زين الشيخ عوض الجيد ، مسيد أبو قمرى الشيخ البكرى، مسيد الشرفه الشريف بركات ، مسيد اب سقره ، مسيد العزازة الشيخ التوم ، مسيد كركوج الشريف محمد الأمين ، مسيد الشيخ شاطوط بمدينة ود مدنى ، مسيد الشيخ عبد السيد بمدينة ود مدنى ، مسيد الشيخ البرعى بام بده ، مسيد الشيخ دفع الله الصائم بأم بده حمد النيل ، مسيد شبشه الشيخ برير . كما يضم مجتمع الدراسة عدد غير محدود من المرضى النفسيين بوسط السودان . كما تشمل الدراسة أيضاً كل الأطباء النفسيين المسجلين بوزارة الصحة الإتحادية بالسودان الذين يقومون بالعمل داخل وحدات الصحة النفسية وعددهم (10) . شمل مجتمع الدراسة أيضاً عدد من مرافقى المرضى الذين يرافقون ذويهم داخل مسايد الطرق الصوفية .

3- **وسائل الدراسة وطريقة جمع المعلومات** : -

فى هذه الدراسة أستخدمت الباحثة عدد من الأدوات :-

1- الملاحظة :-

الملاحظة المباشرة يمكن أن تتبر وسيلة لجمع المعلومات فى سياقها الطبيعى حيث أن الأحداث والوقائع تتوالى فى التو واللحظة وبالتالى جميع المادة المتاحة فى سياقها الطبيعى . وقد قامت الباحثه لعدة زيارات لبعض مراكز الطرق الصوفيه التى تمارس العلاج النفسى التقليدى ودونت ملاحظاتها حول

هذه المراكز من حيث عدد المرضى وأسباب وجود المريدين هناك وكيفية التعامل بين الأفراد وسلوك الشيوخ نحو كل الموجودين بمراكزهم .

2- **المقابلة :**

لمراجعة المادة المستوحى من الملاحظة من ناحية ولإستشارة أفراد عينة الدراسة والتغلب على إحجامهم عن مناقشة موضوع الدراسة قد كان دور الباحثة خلال هذه المقابلات متابعة أفكار أفراد العينة واستشارتهم ليتحدثوا فى تلقائية دون تردد مع استخدامها لبعض الأسئلة لتوجيه بعض الأراء والمعتقدات التى تدور حول موضوع الدراسة ، وبالتالى فإن المقابلة كانت من أكثر وسائل الحصول على البيانات خطط لهذه المقابلة على الكيفية التى يسجل بها المعلومات والبيانات واتاح هذا الإتصال الشخصى المرن المرتبط بالتفاعل مع أفراد العينة الحصول على معلومات وفيرة خاصة فيما يتعلق بالمفاهيم والنعتقدات حول علاج الطرق الصوفيه لعلاج الإضطرابات النفسية .

3-**مناقشة المجموعات البؤرية :-**

مجموعة النقاش البؤرية هى طريقة لتقليل من الوقت والأفراد المطلوب للقيام بالمقابلات وتحليلها بعمق وفى نفس الوقت نتحصل على معلومات دقيقة من عدد كبير من المستجيبين (المستجوبين) وذلك لإستخدام موجهات عامة للنقاش .

مجموعة النقاش البؤرية توفر بيئة طبيعية أكثر من مقابلة الفردية كما يقوم الباحث بمهام عديد فى المجموعة : التهدئة ، الأستماع ، الملاحظة ، وفى النهاية التحليل.

شرح وسيلة النقاش البؤرية :

1- قامت الباحثه بتحديد عدد المشاركين فى كل مناقشة بكل مسيد ةمجموعتين ضمت المجموعة الأولى عدد من الحيران القائمين على أمر المسيد وضمت المجموعة الثانية مرافقى المرضى داخل المسيد .
2- كانت كلى المجموعتين متجانسة مع أعضائها وقد حددت فترة المناقشة بأقل من ساعة ونصف إلى ساعتين .
3- عدد كل مجموعة لا يتجاوز 5 إلى 7 أفراد .

4- قامت الباحثة بإعداد موجهات النقاش مسبقاً مستند على الأهداف التى يجب تغطيتها .

5- قدمت عرض وتلخيص لموضوع المناقشة وقامت بتعريف أعضاء كل مجموعة على بعض وإعطائهم فرصة للحديث فى موضوع المناقشة .

6- تم داخل النقاش تلخيص الأفكار الرئيسية وتحديد الأختلافات الفردية فى وجهات النظر وأخيراً جمع تعليقات كل المشاركين فى المجموعتين .

إستفادت الباحثه من هذه المناقشات فى وضع أسئلة الإستبيانات الرئيسية للدراسة .

الإستبيانات :-

أ- قامت الباحثة بتدوين كل الاتجاهات ووجهات النظر والمقترحات للعديد من الكتاب والباحثين السابقين عن العلاج التقليدى بمراكز الطرق الصوفيه للإضطرابات النفسية .

ب – دونت الباحثة كل ملاحظاتها عن المراكز فيما يتعلق بطرق التشخيص والعلاج التى تمارس داخل هذه المراكز وأعداد المرضى بكل مسيد ، المرافين ومناطقهم التى جاءوا منها .

ج - تم أداء مقابلات مع جميع الشيوخ بوسط السودان شملت جمع المعلومات موضوع الدراسة . كما تمت مقابلات مع بعض مرافقى المرضى .

هـ - الدراسة الإستطلاعية :-

تهدف الدراسة الإستطلاعيه فى أى بحث إلى التحقق من سلامة الأدوات وتقدير الوقت الملائم لتطبيق الإجراءات من أجل ذلك قامة الباحثة بدراسة إستطلاعية هدفها التأكد من سلامة الأدوات المستخدمة وتقدير الوقت الملائم لتطبيق الإجراءات ومن صلاحية الإستبيانات وذلك بغرض فحصها وتحديد مدى ملائمتها للدراسة ومدى ما تتمتع به للوضوح وقد أصبحت هذه الطريقة شائعة فى مجال الدراسات الاجتماعية والنفسية والتربوية . أختارت الباحثة بالطريقة العشوائية عدد ثلاثة مراكز تقليدية وتم تطبيق الإستبيان عليها ، وذلك لمعرفة وتفادى أى قصور قد ينتج عن اللغة المستخدمة أوغموض أو طول .

وقد أوضحت الدراسة الإستطلاعية أن جميع العبارات والمصطلحات المستخدمة كانت واضحة ما عدا بعض العبارات التى حورت إلى اللهجة العامية لسكان ولاية الجزيرة . ثم قامت الباحثة بالتصحيح المطلوب .

شرح الإستبيانات : -

أ- الاستبيان الأول خاص بشيوخ الطرق الصوفية القائمة على مراكز العلاج النفسى التقليدى الصوفى .

يتكون الجزء الأول من الاستبيان من المعلومات الشخصية عن الشيخ مركزه العلاجى ، عدد المرضى الذين يفدون الى هذا المركز وتشتمل الاجزاء الأخرى عن تقسيم الأمراض،تشخيصها،علاجها، والوسائل المستخدمة في العلاج بالإضافة لإتجاهات هؤلاء الشيوخ عن العلاج النفسي الحديث وعن إتجاهاته نحو الدمج ونوعية التعاون الذي ينشدونه (ملحق رقم (1)) .

ب- استبيان الثانى وهو عباره عن إستمارة دراسة الحالات للمرضى النفسيين حيث تشمل هذه الإستمارة البيانات الأساسية للمريض النفسي وتاريخ المرض وتشخيص الحالة حسب التشخيص الطبي الحديث وتشخيص المرض حسبما يراه الشيخ ، تردد الحالة عدد المرات التي ذهب بها إلى المستشفى علماً بأن هذه الإستمارة هى الإستمارة المعتمدة الموحدة من وزرة الصحة الإتحادية بالإضافة إلى سؤال عن عدد المرات التي أتى بها لمركز العلاج التقليدي النفسى ونوع العلاج المقدم داخل مسائد الطرق الصوفيه فى حالتى العلاج التقليدي فقط، والعلاج المتكامل . (ملحق رقم(2))

شمل هذا الإستبيان أيضاً تقرير متابعة الباحثة عن الحالة بعد مضي شهر من العلاج والمتابعة ثم بعد مضي شهرين من العلاج والمتابعة ثم بعد ثلاثة شهور من المتابعة بالإضافة لإستجابة المريض للعلاج المقدم فى الحالتين (تقليدي فقط، متكامل) (ملحق رقم 3).

ج- الإستبيان الثالث والخاص بآراء واتجاهات الأطباء الإختصاصيين النفسيين نحو العلاج التقليدي الصوفي وشمل الجزء الأول منه البيانات الأساسية عن الطبيب وخبرته وشمل الجزء الثاني من اللإستبيات آراءهم نحو العلاج التقليدي الصوفي وإمكانية التعاون والمحازير التي يطلبونها وإمكانية تدريب الكوادر

العاملة في مسائد العلاج التقليدي على أسس الصحة النفسية الحديثة ثم نوع التعاون الذي ينشدونه ورؤيتهم لمستقبل العلاج التقليدي الصوفي (ملحق رقم 4)

د- الاستبيان الرابع خاص بآراء وإتجاهات مرافقي المرضى نحو مراكز العلاج النفسي الحديث والعلاج بالمسيد وأسباب احضارهم لزويهم لتلك المسايد (ملحق رقم 5) .

بناءاً على الملاحظات التى دونت عن تلك الاستبيانات الطليعية تم تصميم الإستبيانات قبل النهائية ولتوضيح معالم الصدق الظاهرى لأدوات جمع المعلومات وتم عرضها على عدد من المحكمين (ملحق (7)) الذين ثمنوا تصمييم الإستبيان بكل تلك الخطوات وقد كانت أراءهم مفيدة خاصة فيما يتعلق بتغير بعض المصطلحات إلى اللهجة المحلية السودانية كما فى :-

1- السؤال (5) ملحق (1)

تم تغيير مصطلح الحسد (العين الشريرة) الى العين .

2- السؤال (45) ملحق (1) تم تغيير مصطلح غير مستبصر إلى (مغبى) ومستبصر إلى (يدرى ما به) .

3-السؤال (4) ملحق (1) تم تغير الفرع (3) ، (5) ، (6) ، (10) .

المصطلح قبل التحكيم	المصطلح بعد التحكيم
3- تدافع الكلام	الكلام الكتير
5- التهيوئات	الزوالات
6- عدم الرغبه فى الحياة	الزهج من الدنيا
10- النشاط الزائد	الدخله والمرقه الزائدة

أما فى غير ذلك كانت أراءهم إيجابية حيث صممت الإستبيانات على أساس اللهجة المحلية لوسط السودان .

5- عينات الدراسة :-

1- عينة رقم (1) وهى عينة شيوخ الطرق الصوفيه وعددهم 10 شيوخ تم اختيارهم بعد موافقتهم .

جدول (1) التكرار والنسبة للمعلومات الأساسية لشيوخ:

المتغيرات	منسوبات المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
السكن	قرية مدينة	09 01	%90 %10

النوع	ذكر انثى	10 00	%100 -
العمر	39-30	01	%10
	49-40	01	%10
	59-50	03	%30
	69-60	04	%40
	79-70	01	%10
التعليم	أمى	00	-
	ابتدائى	05	%50
	ثانوى	01	%10
	جامعى	04	%40
الحالة الاجتماعية	عازب	-	-
	متزوج	10	%100
	أرمل / منفصل	-	-

عينه رقم (2) : -

تم اختيار هذه العينة بعد موافقة الشيخ المسئول عن المرضى النفسيين بتلك المسائد وموافقه مرافقيهم ، علماً بأن جميع أفراد هذه العينة من المرضى الداخليين بالمسيد وقد تم فحص حالتهم العقلية وتشخيصهم وتم تحديد نوع الإضطراب الذى يعانى منه كل مريض :-

جدول (2) التكرار والنسبة للمعلومات الأساسية لكل المرضى النفسيين موضوع الدراسة وعددهم 122 مريض .

المتغيرات	منسوبات المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
السكن	قرية	70	%57.38
	مدينة	52	%42.62
النوع	ذكر	90	73.775
	انثى	32	%26.23
السن	1-9	01	%0.8
	10-19	19	%15.57
	20-29	52	%42.62
	30-39	42	%34.43
	40-49	04	%3.28
	50-59	04	%3.28
المهنة	طالب	34	%27.87
	عامل	37	%30.33
	موظف	12	%9.84
	ربة منزل	14	%11.48
	أعمال حرة	14	%11.48
	بدون عمل	10	%8.20
الحالة الاجتماعية	عازب	76	%62.30
	متزوج	35	%28.69
	أرمل/منفصل	11	%09.01

علما بأن هذه العينة قد تم تقسيمها إلى ثلاث مجموعات حسب الجداول (2-1) (2-2) (2-3) (3-2) .

من الصعوبات التى واجهت الباحثه فى جمع هذه العينة : -

أ- صعوبة اقتاع مرافقى المرضى أو المرضى النفسيين بأهمية إجراء الدراسة

ب-بعض الشيوخ لم يهنم اهتمام كامل بإجراءات الدراسة وخاصة لمجموعة العلاج المتكامل

ج- بعد موافقة المرضى والمرافقين من مجموعة العلاج المتكامل تحول بعضهم لمجموعة العلاج التقليدى فقط .

د-أتلفت بعض اللاإستمارات لعودة بعض المرضى لقراهم قبل إكمال الفترة الزمنيه للدراسة مما اضطر الباحثة للوصول لبعضم فى قراهم مستعينة بذلك بعض جيران الشيخ وقد كان اقتناعهم بالعودة بعد معرفتهم بأن ذلك أمراً من الشيخ لهم بالعودة .

المجموعة (1) من العينة (2)

جدول (2-1) التكرار والنسبة للمعلومات الأساسة للمرضى النفسيين الذين تم علاجهم داخل مسايد العلاج التقليدى الصوفى بالعلاج التقليدى فقط وعددهم 62

المتغيرات	منسوبات المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
السكن	قرية	53	%85.48
	مدينة	09	%14.52
النوع	ذكر	45	%75.58
	انثى	17	%24.42
السن	1-9	-	-
	10-19	11	%17.75

	20-29	25	%40.32
	30-49	22	%35.48
	40-49	02	%3.23
	50-59	02	%3.23
المهنة	طالب	15	%24.19
	عامل	21	
	موظف	03	%4.84
	ربة منزل	5	%8.1
	أعمال حرة	10	%16.13
	بدون عمل	07	%11.90
الحالة الاجتماعية	عازب	37	%59.68
	متزوج	17	%27.42
	أرمل/منفصل	08	%12.90

المجموعة (2) من العينة (2) :-

تم اختيار هذه المجموعة بعد موافقة الشيخ والمرافقين على إجراء علاج طبى مع العلاج التقليدى بمسايد الطرق الصوفيه علماً بأن عددهم فى بداية الدراسة كان 50 مريض تحول عدد 12 منهم للعلاج التقليدى فقط .

جدول (2-2) التكرار والنسبة للمعلومات الأساسية للمرضى النفسيين الذين تم علاجهم داخل مسايد العلاج التقليدى الصوفى بالعلاج المتكامل (التقليدى الصوفى والطبى الحديث وعددهم 30 مريض)

المتغيرات	منسوبات المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
السكن	قرية	12	%40
	مدينة	18	%60
النوع	ذكر	20	%66.67

	انثى	10	%33.33
السن	1-9	0	-
	10-19	2	%6.67
	20-29	13	%43.33
	30-39	12	%40
	40-49	01	%3.33
	50-59	02	6.67
المهنة	طالب	04	13.33
	عامل	11	%36.57
	موظف	06	%20
	ربة منزل	06	%20
	اعمال حرة	02	%6.67
	بدون عمل	01	%3.33
الحالة الاجتماعية	عازب	18	%60
	متزوج	11	%36.67
	أرمل/منفصل	01	%3.33

المجموعة (3) من العينة (2)

هذه المجموعة تم رصدها وحصرها من سجلات المستشفى الرسميه فى فترة اختيار مجموعات العينة داخل مسايد الطرق الصوفيه للعلاج التقليدى وجميع أفرادها من المرضى الداخليين بالمستشفى .

جدول (2-3) التكرار والنسبة للمعلومات الأساسية للمرضى النفسيين الذين تم علاجهم داخل المستشفى بالعلاج الطبى الحديث فقط .

المتغيرات	منسوبات المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
السكن	قرية	9	%30
	مدينة	21	%70
النوع	ذكر	25	%83.33
	انثى	05	%16.67
السن	1-9	01	%3.33

	19-10	06	%20
	29-20	13	%33
	39-30	09	%30
	49-40	01	%3.33
	59-50	-	-
المهنة	طالب	15	%50
	عامل	05	%16.67
	موظف	03	%10
	ربة منزل	03	%10
	اعمال حرة	02	%6,67
	بدون عمل	02	%6.67
الحالة الاجتماعية	عازب	21	%70
	متزوج	07	%23.33
	أرمل/منفصل	02	%6.67

العينة (3)

تم أختيار هذه العينة بعد الاتصال برئيس شعبة الصحة النفسية بوزارة الصحة الاتحادية وهم جميع الأطباء النفسيين العاملين بالوزارة .

جدول (3) التكرار والنسبة للمعلومات الأساسية للأطباء أختصاصى الطب النفسى وعددهم (10) أطباء فقط

المتغيرات	منسوبات المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
موقع الوحدة	قرية	-	-
	مدينة	10	%100
النوع	ذكر	09	%90
	انثى	01	%10
السن	44-40	01	%10
	49-45	05	%50
	55-50	04	%40
عدد سنوات الخبرة	14-1	2	%20
	19-15	03	%30
	24-20	01	%10

	30-25	04	%40

العينة (4)

تم احتيار هذه العينة بموافقة المرافق وموافقة الشيخ القائم على المسيد

جدول (4) التكرار والنسبة للمعلومات الأساسية لمرافقى المرضى الداخليين بالمسيد

المتغيرات	منسوبات المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
السكن	قرية	49	%53.26
	مدينة	43	%46.74
النوع	ذكر	38	%41.30
	انثى	54	%58.70
مستوى التعليم	أمى	36	%39.13
	ابتدائى	32	%34.78
	ثانوى	22	%23.91
	جامعى	02	%02.17
المهنة	طالب	20	%21.74
	عامل	10	%10.87
	موظف	-	-
	ربة منزل	40	%43.48
	بدون عمل	22	%23.91

الحالة الاجتماعية	عازب	46	%50
	متزوج	41	%44.57
	أرمل/منفصل	05	%5.53

سادسـاً :

طريقة إجراء الدراسة :

قامت الباحثة بالاستئذان مسبقاً من مشايخ تلك المسايد لإجراء الدراسة سواء في الجانب الذي يختص اتجاهات وآراء المشايخ أنفسهم أو مرافقي المرضى أو المرضى حيث وصلت لكل أفراد العينات كل على حده كما وجدت الباحثة كل التعاون والمساعدة من هؤلاء المشائخ فيما يختص إجراءات الدراسة من سكن لها وللفريق العامل معها الذى يتكون من مجموعة من الباحثات الاجتماعيات والاخصائيات النفسيات ، كما وجدت كل الدعم والمساعدة من رئيس وحدة الصحة النفسية بمستشفى ودمدني ورئيس قسم الصحة النفسية بوزارة الصحة الإتحادية بتوفير المعينات اللازمة لإجراء الدراسة فيما يتعلق بتشخيص ورصد جميع حالات المرضى النفسيين بتلك المسايد بالإضافة للعون الذي وجدته الباحثة من زملائها في المراكز الصحية القائمة في تلك المواقع موضوع الدراسة.

تمت دراسة حالة وتاريخ مرض كل مريض على حدة كما جاء في تصنيف وتقسيم الاضطرابات النفسية المعمول بها في مراكز الصحة النفسية الحديثة الموحد من وزارة الصحة الإتحادية. تم تدوين تشخيص الشيخ المسئول داخل المسيد .

بدأت المعالجة للحالة منفردة حسبما يقررها الشيخ من علاج تقليدي صوفي بالاضافة للعلاج المقررمن الطبيب المعالج حسبما يقرره نظام العلاج الطبي الحديث في حالة العلاج المتكامل ، كما تمت المتابعة اللصيقة الإشرافية لكل

مريض على حدة داخل المسيد ويتم دراسة حالة المريض بنهاية كل شهر ولمدة ثلاث شهور لمعرفة نوع الإضطرابات، مدة المعالجة والاستجابة للمعالجة المتكاملة لتقييم الإستجابة .

سابعـاً :-

المعالجة الإحصائية : -

أستخدمت الباحثة الحاسوب لتحليل بيانات الدراسة مطبقه الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وذلك باستخدام الاختبارات التالية :

1- أختبار (ت)

2- اختبار مربع كاي

3- تحليل التباين الأحادى .

4- تحليل التباين الثناي

5- اختبار رتب إشارات المجموعات المتزاوجة لويلككسون

6- التكرار والنسب المئوية

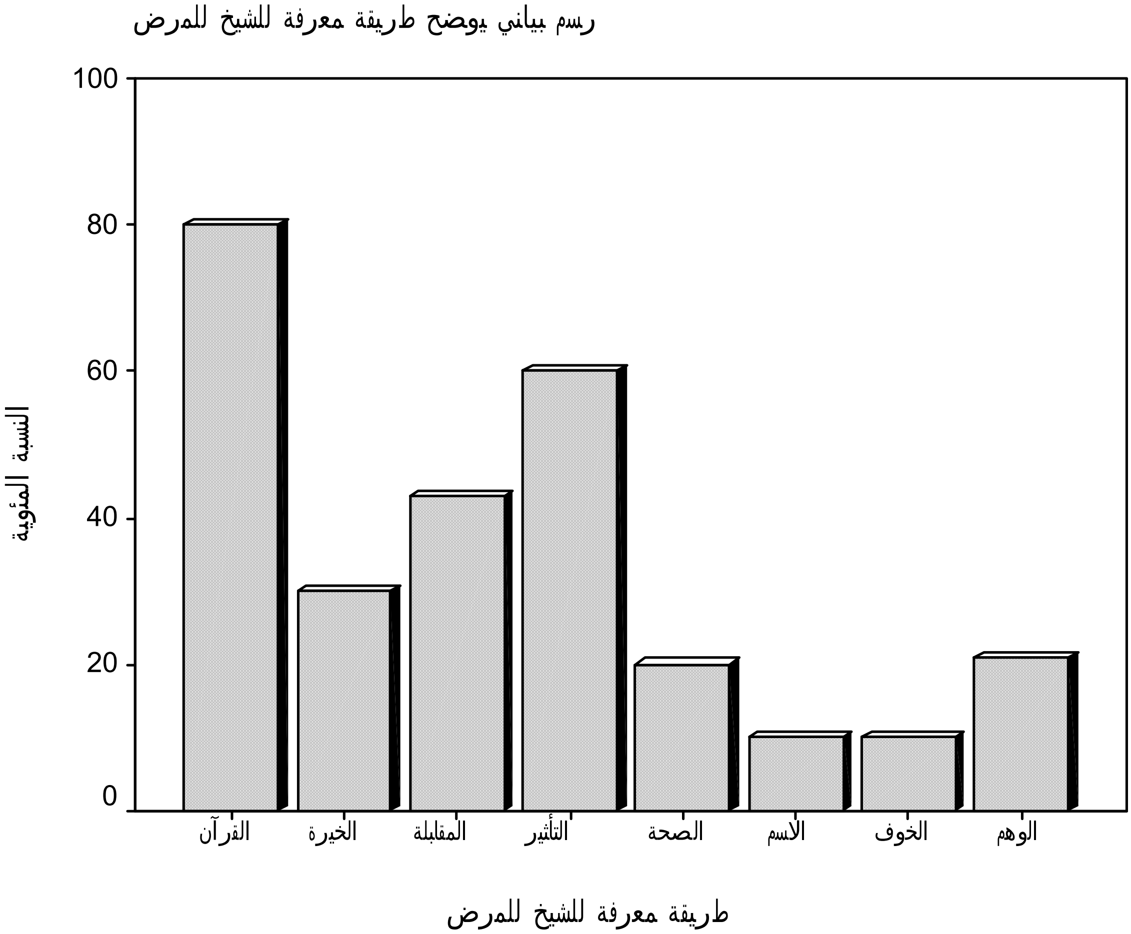
الفصل الرابع

عرض النتـائـج

يتم فى هذا الفصل عرض النتائج التى تم التوصل لها من خلال الاجابة على أسئلة المشكلة والفروض حيث قامت الباحثة أولاً بعرض النتائج لكل فرض والتعليق عليها .

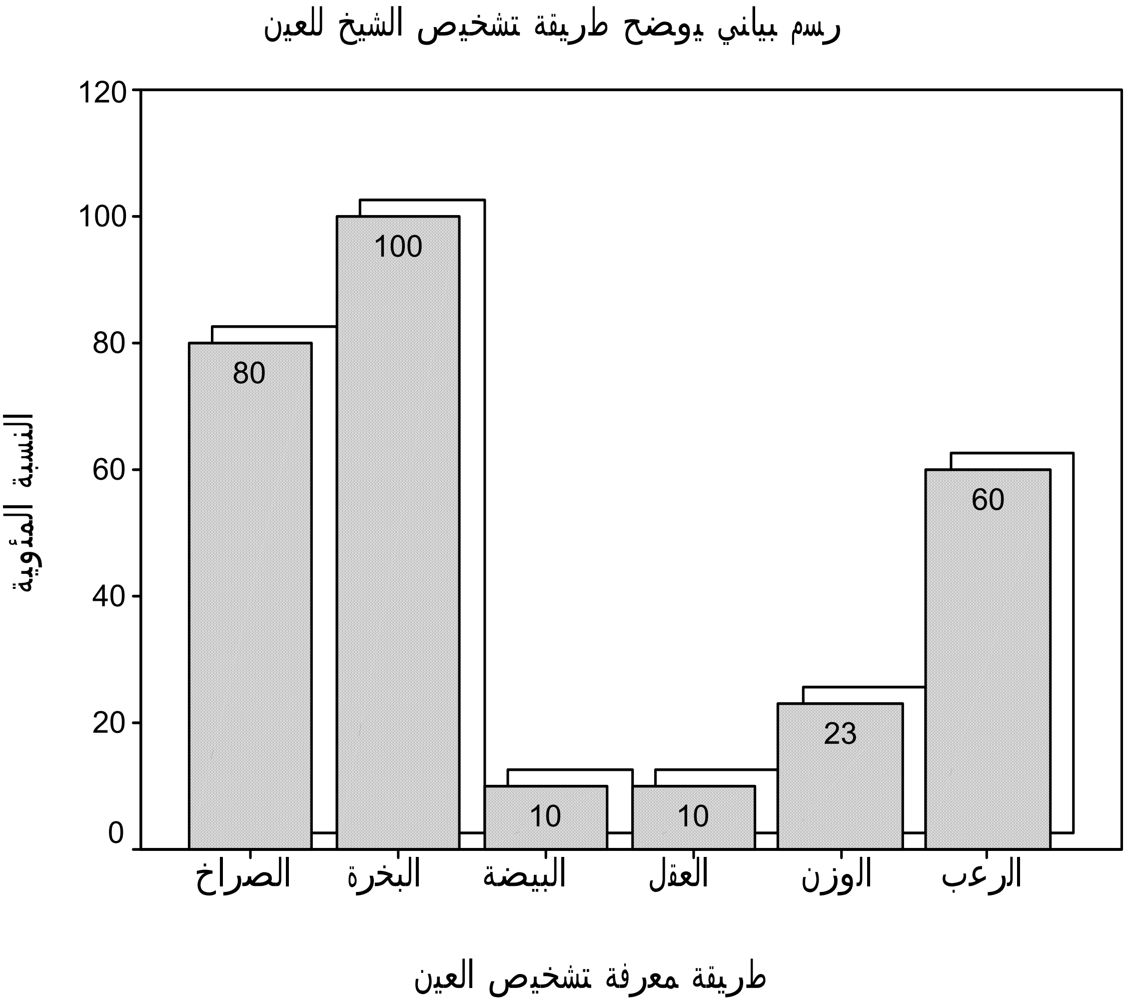
نتيجة الفرض الأول

ينص الفرض الأول على (يستند الشيوخ فى تشخيصهم للأضطرابات النفسية على الأعراض والعلامات بالإضافة لمسببات المرض المستندة على المفاهيم الإجتماعية) وللتحقق من ذلك أستخدمت الباحثة الأعمدة البيانية فنتج عن ذلك الشكل التالى : -



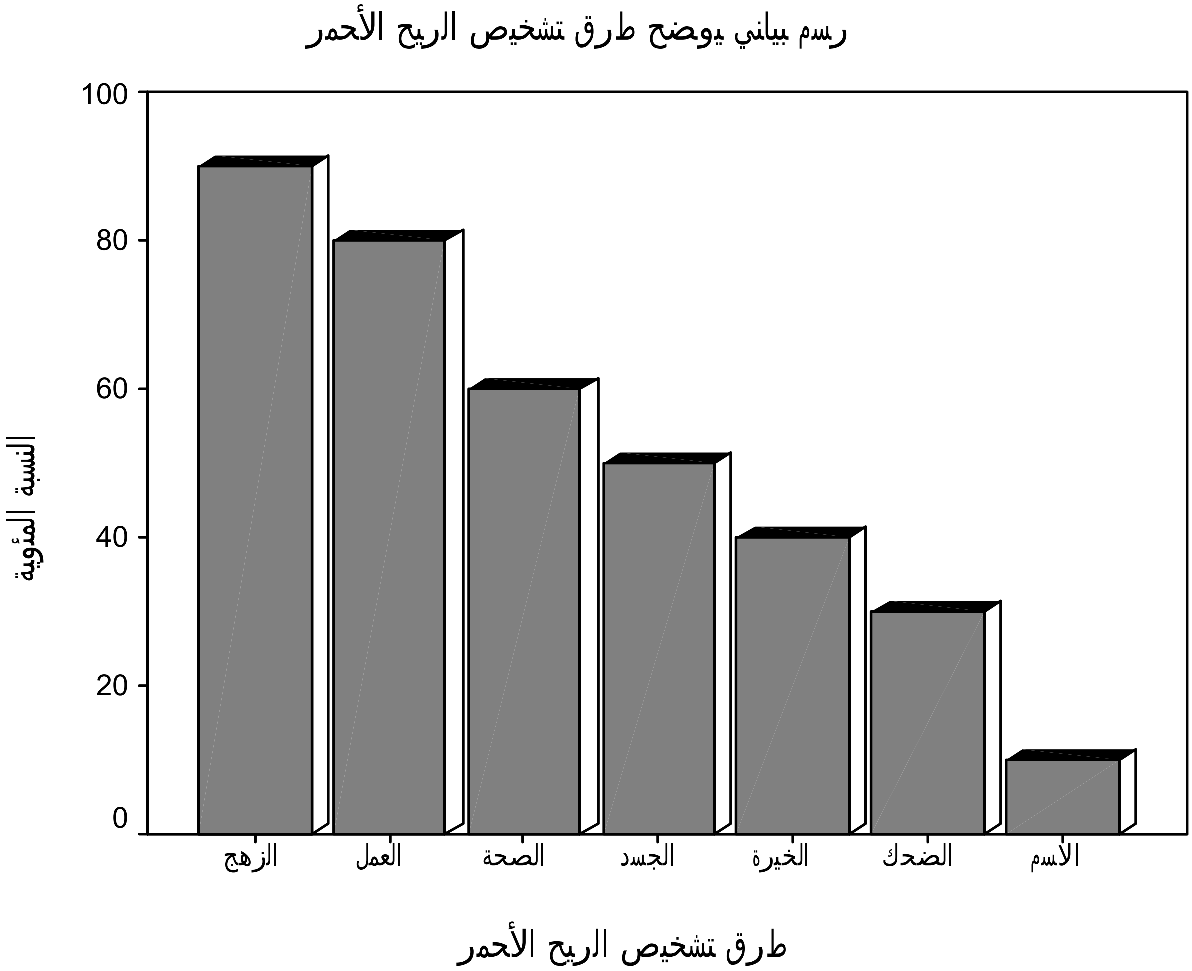
شكل (1)

يبين الشكل (1) أن (80%) من الشيوخ يشخصون المرض بواسطة قراءة القرآن، وأن (60%) منهم يشخصونه بواسطة التأثير على العمل الذى يقوم به المريض، وأن (50%) منهم يشخصونه بواسطة المقابلة، و (30%) منهم يشخصونه بواسطة الاستخارة، بينما تراوحت طرق التأثير على الصحة والخوف والتردد والوهم ما بين (10%- 20%).



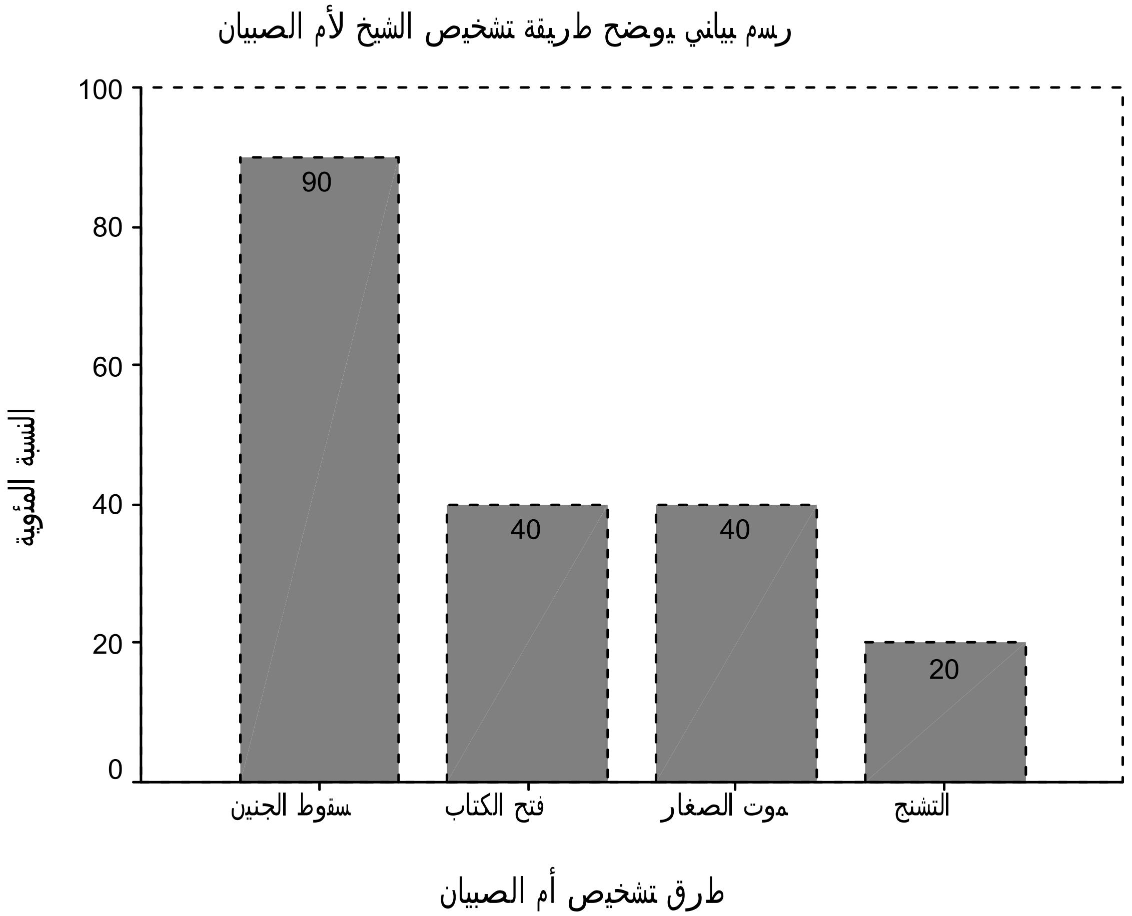
شكل (2)

يتضح من الشكل (2) أن كل الشيوخ يستخدمون البخرة لتشخيص العين (وهى عبارة عن حرق بعض الآيات القرآنية المكتوبة على ورق بحضور المريض) بينما يشخص (80%) من الشيوخ العين بواسطة الصراخ الذى يصدره المريض، وأن (60%) منهم يشخصون العين بواسطة الرعب والخوف، بينما تتراوح الطرق الأخرى فى تشخيص العين فى تذبذب الوزن وفقدان العقل واستخدام بيضة الدجاجة.



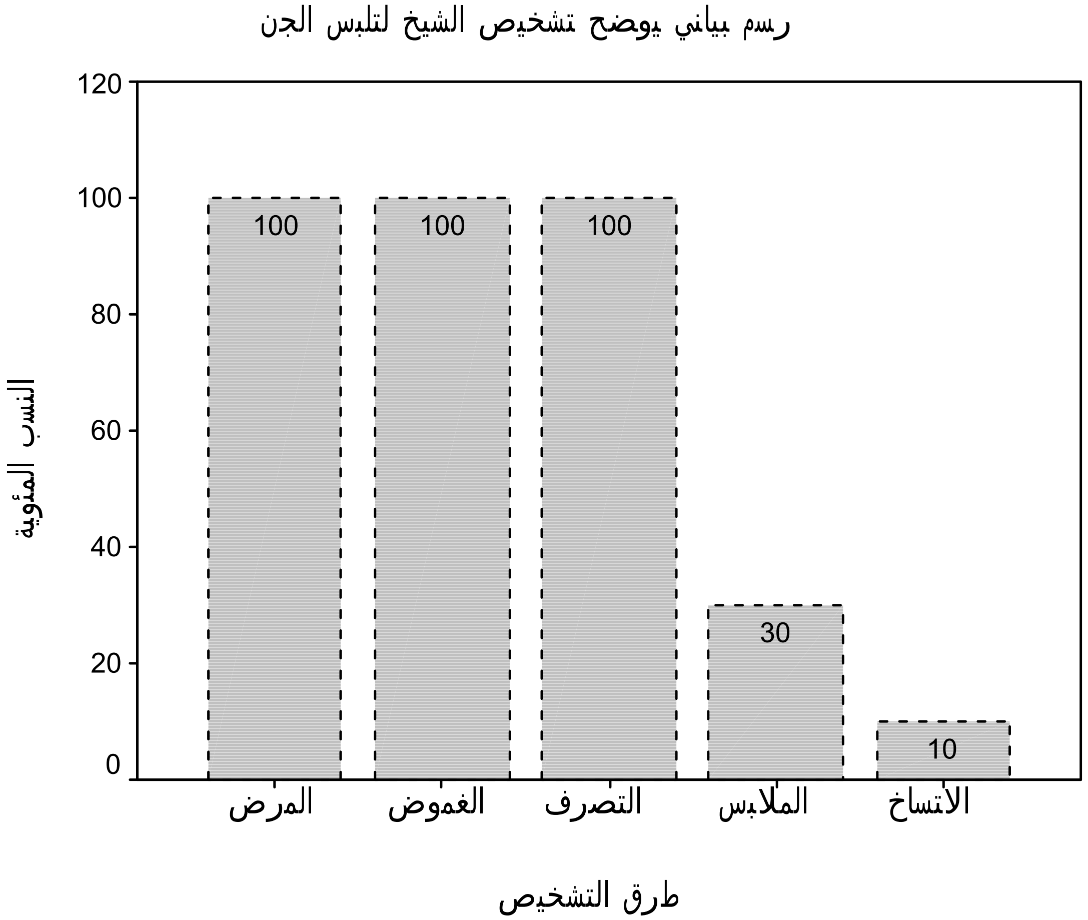
الشكل (3)

يتضح من الشكل 3) أن (90%) من الشيوخ يعرفون الريح الأحمر عن طريق الزهج والقلق الذى يظهر على المريض، وأن (80%) منهم يشخصونه بواسطة عدم مقدرة المريض على العمل، كما أن (60%) منهم يشخصونه من خلال اعتلال الصحة، وأن (50%) يشخصونه من خلال اعتلال الجسد، بينما تتراوح العوامل الأخرى مثل الخيرة والضحك واسم المريض ما بين (10-40%).



الشكل (4)

يلاحظ من الشكل (4) أن (90%) من الشيوخ يشخصون أم الصبيان بالسقوط المتكرر للجنين، بينما يشخص (40%) من الشيوخ أم الصبيان بموت الصغار وبفتح الكتاب، بينما يعتقد (20%) من الشيوخ أن أم الصبيان تشخص بواسطة تشنج الصغار.



شكل (5)

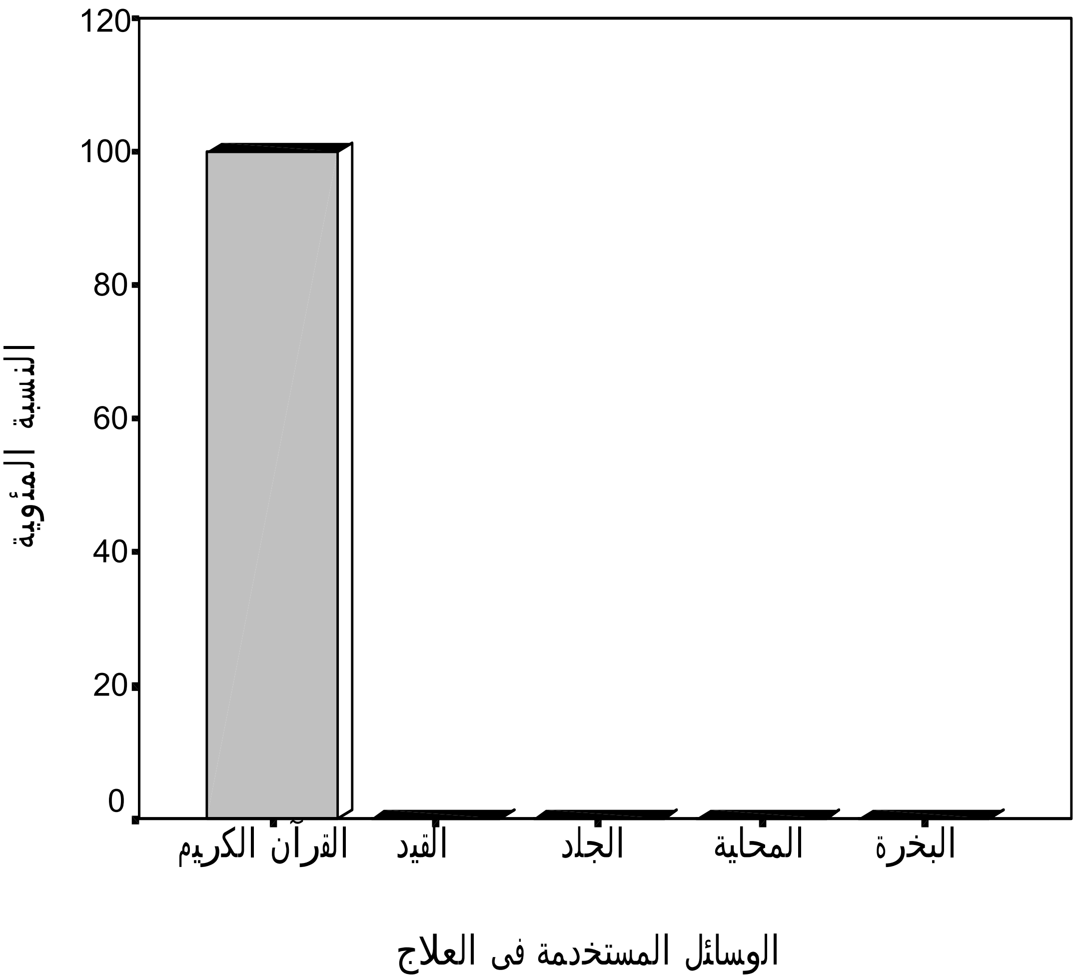
يلاحظ من الشكل (5) أن كل الشيوخ يستخدمون عدم إدراك المريض للمرض، والكلام الغامض الذى يصدر عن المريض والتصرفات الغريبة بنسبة (100%) لتشخيص الجن، بينما يمثل التعري وخلع الملابس (20%)، وأخيرا اتساخ الملابس والجسم (10%) كعرض لتشخيص الجنون.

نتيجة الفرض الثانى :-

وينص الفرض على : (الوسائل المستخدمة فى العلاج النفسى التقليدى بالمسيد خليط بين المعتقد الدينى والطقوس الاجتماعية المحلية حيث تشترك فى مجملها وتختلف فى كيفية التطبيق حسب خبرة الشيخ بتصنيف المرض) .

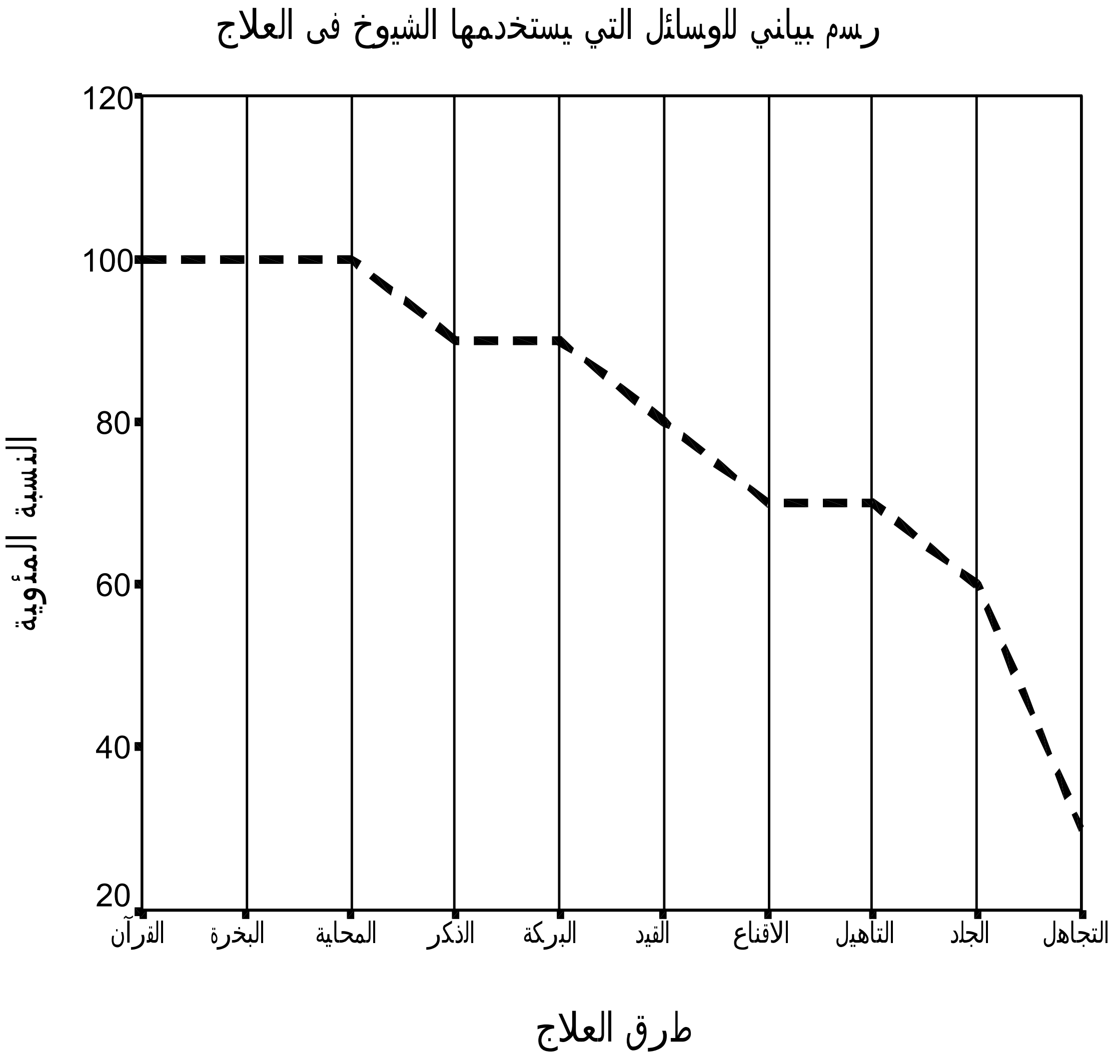
ولدراسة هذا الفرض أستخدمت الباحثة الأعمدة البيانية التالية :-

رسم بياني يوضح الوسائل التي يستخدمها الشيوخ فى العلاج



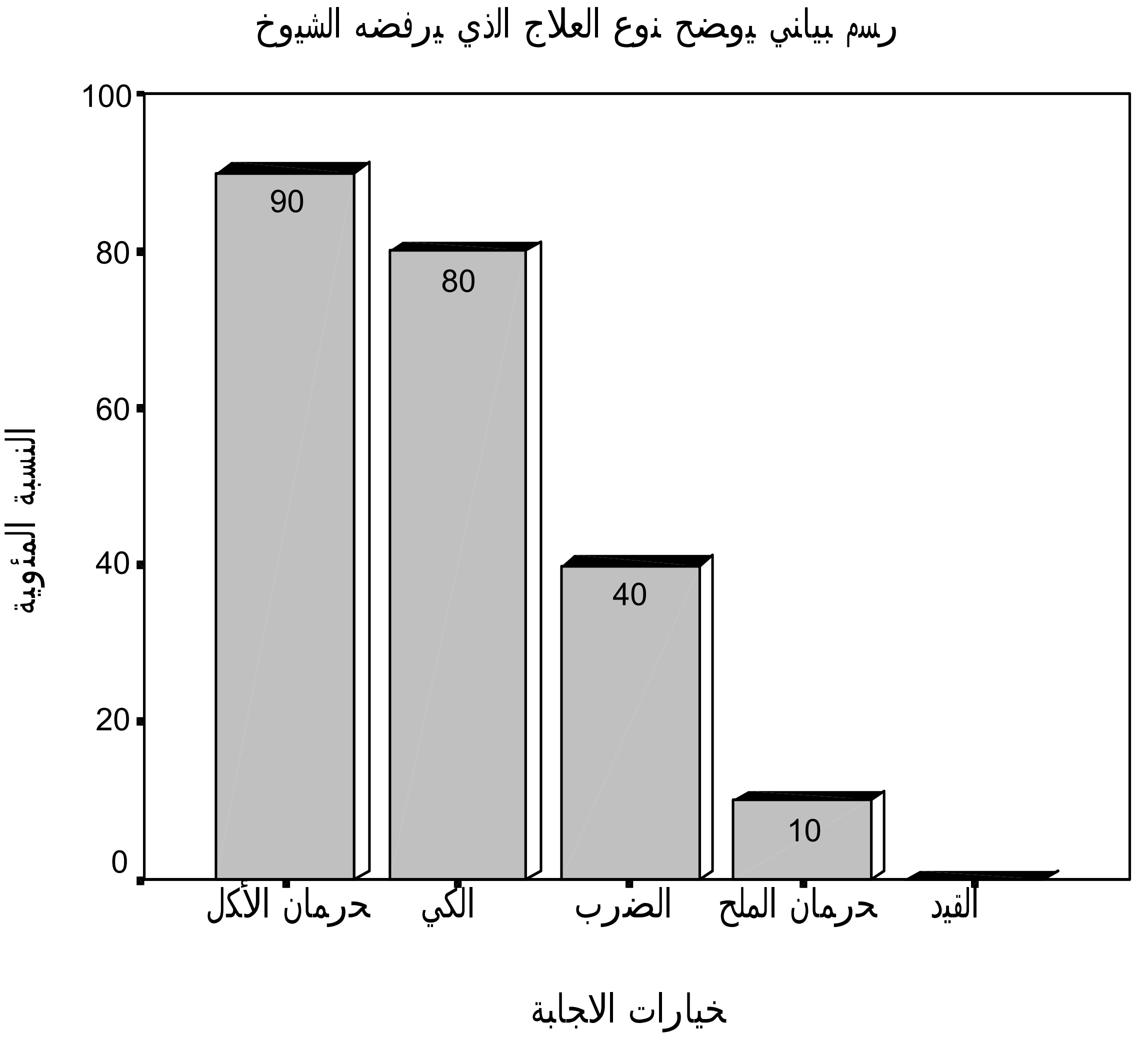
الشكل (6)

يوضح الشكل (6) أن كل الشيوخ (100%) يستخدمون القرآن فى العلاج، بينما لا تستخدم الوسائل الأخرى المشهورة عن الشيوخ فى علاج المرضي



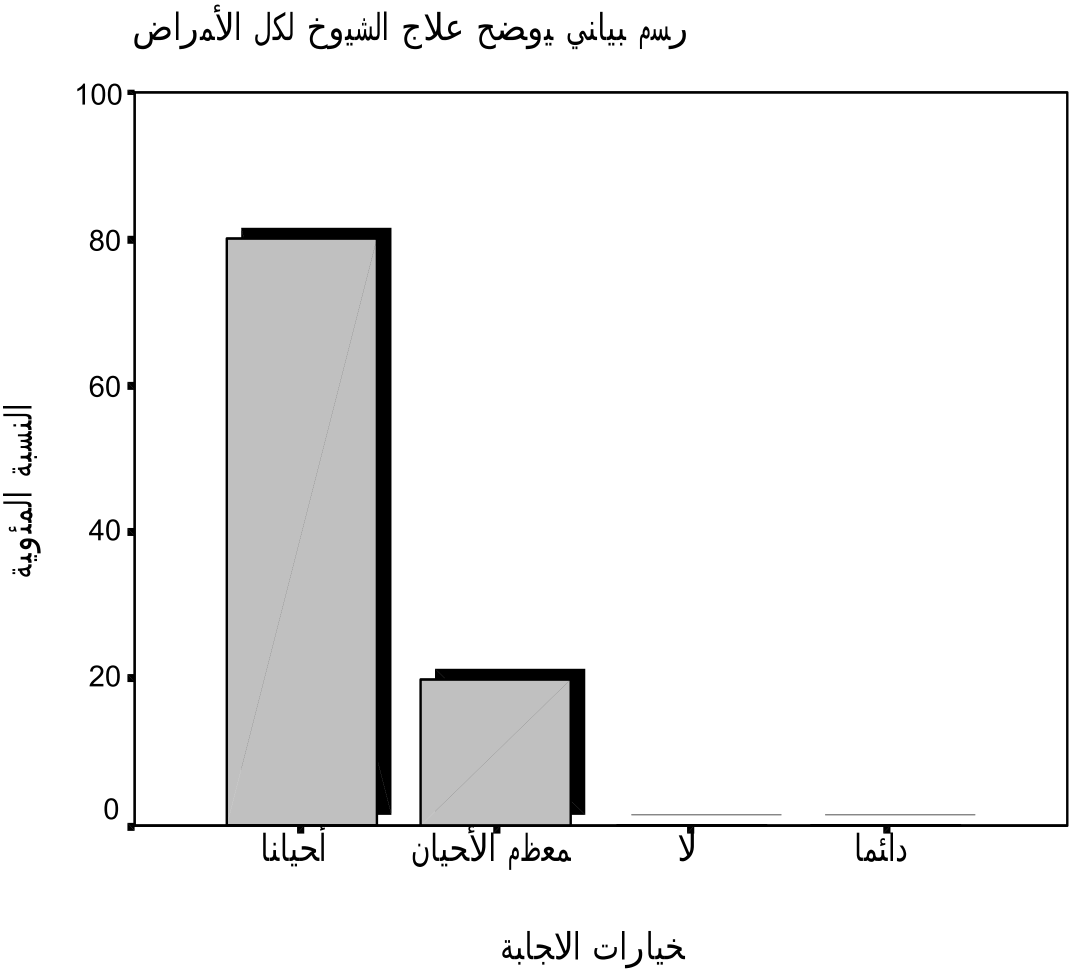
الشكل (7)

يوضح الشكل (7) أن الشيوخ يستخدمون القرآن الكريم، والبخرات والماحية بنسبة (100%) في علاج الأمراض النفسية، بينما تستخدم البركة والذكر بنسبة (90%)، بينما يستخدم (80%) من الشيوخ القيد كأحد طرق العلاج، بينما تستخدم طرق التأهيل والإقناع والتجاهل بنسب مختلفة.



الشكل (8)

يوضح الشكل (8) أن (90%) من الشيوخ لا يحرمون المريض من الطعام، كما أن (80%) لا يستخدمون الكي، إلا أنهم كما يظهر من الشكل يستخدمون القيد فى عملية العلاج.



شكل (9)

يتضح من الشكل (9) أن (80%) يعتقدون أنهم يعالجون الأمراض التي ترد إليهم أحيانا، كما أن (20%) منهم يعتقدون أنهم يعالجون الأمراض في معظم الأحيان، بينما لا يعتقدون أنهم دائما يعالجون كل الأمراض التي ترد إليهم.

الفرض الثالث : -

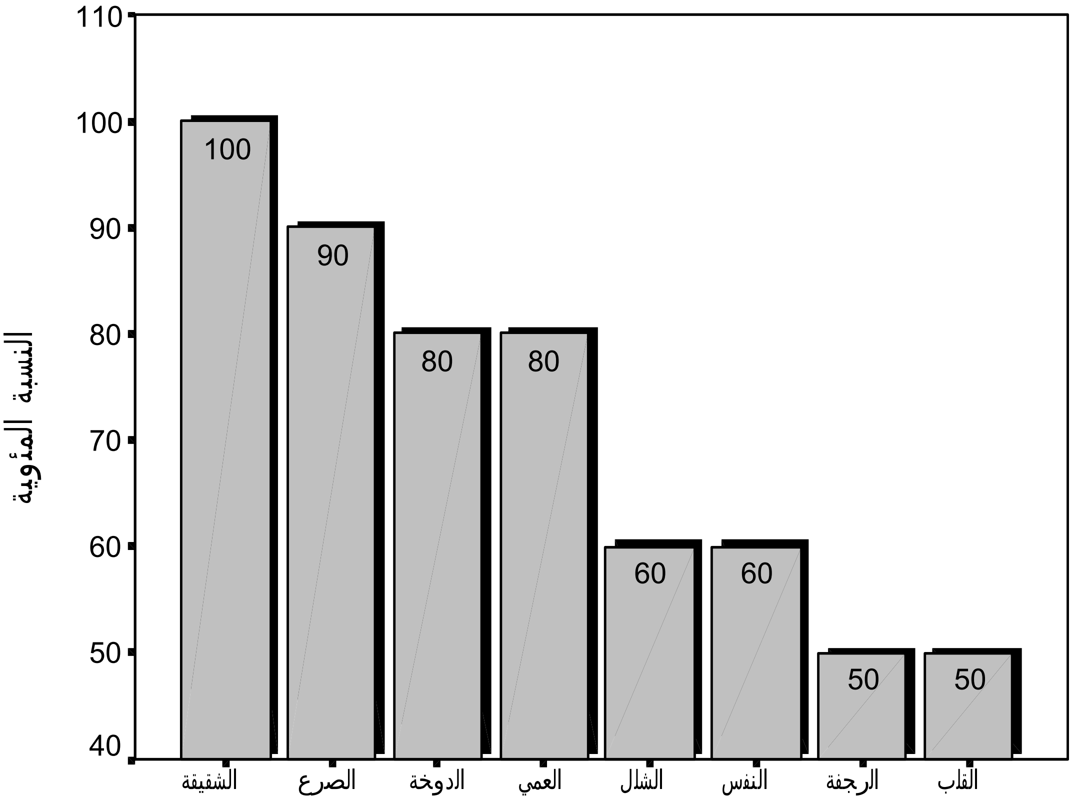
وينص الفرض على (الإضطرابات النفسية الواردة لتلك المسـائد تشـمل جميع أنواع الإضطرابات النفسية حسب التصنيف العالمى للأمراض) ولدراسـة هذا الفرض استخدمت الباحثة الأعمدة البيانية والجدول التالى :-

جدول (5)

الإضطرابات	فصام	هوس شديد	اكتئاب شديد	هوس بسيط	اكتئاب بسيط	اضطراب تحولى	صرع وذهان عضوى	قلـ ـ ـق ومخاوف مرضية	وسواس قهرى

التكرار	25	18	13	4	8	7	3	11	3
النســـبة المئوية	27.17	19.57	14.13	4.35	8.70	7.61	3.26	11.96	3.26

الأمراض غير النفسية التي يعالجها الشيخ



نوع الأمراض

يوضح الشكل (10) أن الأمراض الأخري التي يعالجها الشيوخ غير الأمراض النفسية هي : الشقيقة بنسبة (100%)، والصرع بنسبة (90%)، والدوخة والعمي المؤقت يعالجونها بنسبة (80%)، والشلل وضيق النفس بنسبة (60%) وضربة القلب والرجفة بنسبة (50%)

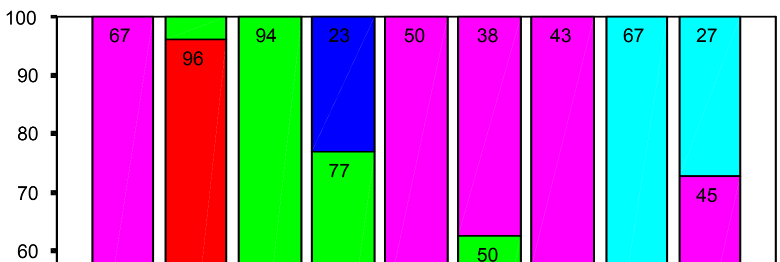
نتيجة الفرض الرابع :-

وينص الفرض على (التصنيفات والتقسيمات التـى يسـتخدمها الشـيوخ للإضطرابات النفسية قد تكون متطابقة مع تلك التصنيفات والتقسيمات المعمول بها والمتعارف عليها فى مجال الصحة النفسية الحديثة) . وللتحقق من هذا الفـرض أستخدمت الباحثة التوزيع التكرارى المشترك (Cross-Tabulation)

جدول (6) التوزيع التكرارى المشترك بين تصنيف الاضطرابات النفسية المعمول به بمسـائد الطرق الصوفية والتصنيف المعمول به بمستشفيات الصحة النفسية .

الإضطرابات	فصام	هوس شديد	اكتئاب شديد	هوس بسيط	اكتئاب بسيط	اضطراب تحولى	صـرع وذهان عضوى	قلـــق ومخاوف مرضية	وسواس قهرى
تلبس جن	%96	%5.6	0	%25	%12.5	0	%33.3	0	%33.3
مس شيطان	%4	%94.4	%70.9	%25	%50	%14.3	0	%18.2	0
ريح أحمر	0	0	%23.1	0	0	%42.9	0	%9.1	0
العين	0	0	0	%50	%37.5	%42.9	0	%45.5	%66.7
أم الصبيان	0	0	0	0	0	0	%66.7	%27.3	0

يتضح من الجدول أعلاه أن 96% من الحالات التى شخصت على أنهـا فصـام شخصها شيوخ الطرق الصوفية بأنها تلبس جن ، كما أن 94.4% التى شخصـها الأطباء بأنها هوس شديد سمها شيوخ الطرق الصوفية بأنها مس شيطان ، وتلبس جن بنسبة 5.6% كما أن 70.9% من حالات الأكتئاب الشديد سماها الشيوخ أيضاً بأنها مس شيطانى وريح احمر بنسبة 23.1% . كما أن 50% من الحالات التـى صنفها الأطباء أنها هوس بسيط سماها الشيوخ بأنه عين و25% لكل مـن تلـبس الجن ومس الشيطان , اما الاضطراب التحولي فشخص علي انه مـس شـيطان بنسبة 14.3% وكانت نسبة الريح الاحمر والعين بالتساوي 42.9% وأن 66.7% من الحالات التى شخصت بأنها صرع سماها الشـيوخ بأنهـا أم الصـبيان وأن 66.7% من حالات الذهان العضوى سماها الشيوخ بأنها عين, كما وضح ان حالة الاكتئاب البسيط صنفت انها مس شيطان بنسبة 50% و37.5% منها صنفت بانها عين و12.5% بانها تلبس جن, اما القلق والمخاوف المرضية فقد تفاوتـت نسـبة تصنيفها لدي الشيوخ بين العين 45.5% وام الصبيان 27.3% ومـس الشـيطان 18.2% كما كان تصنيف الوسواس القهري بانه عين بنسبة 66.7% وتلبس جـن بنسبة 33.3% والرسم البيانى التالى يوضح العلاقـة بـين تصـنيف الشـيوخ وتصنيف الأطباء للإضطرابات النفسية .



شكل رقم (11)

يوضح الشكل (11) ان التصنيف العلمي الحديث المبني علي مجموعة من الاعراض والعلامات ومعايير تشخيصية محددة ومعروفة يوجد ضمن عدة تصنيفات يطلقها الشيوخ مما يؤكد صعوبة هذه المسميات الميتخدمة لدي مسائد الطرق الصوفية تحت تصنيف واحد ويتضح ان الشيوخ لديهم نظامهم التصنيفي والتشخيصي للاضطرابات النفسية الخاص بهم ومتفق عليه بين الجميع ببالرغم من استناده علي الاعراض والعلامات والخبرة.

نتيجة الفرض الخامس:

وينص الفرض على (توجد فروق فى متابعة المرضى للعلاج بين مسائد الطرق الصوفية والمستشفيات) ولدراسة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار (ت) للمجموعتين (Pair sample Test) فنتج الجدول التالى :-

جدول (7) اختبار (ت) للمجموعتين لمعرفة الفرق فى مدة متابعة المرضى للعلاج (بالايام) بين مسائد الطرق الصوفية والمستشفيات .

المجموعات	عدد الازواج	المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة (ت)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
مدة المسيد مدة	92	1.780	5.29	6.66	91	0.001	توجد فروق دالة لصالح مدة

المستشفى		0.296	0.396				المتابعة فى المسيد

يتضح من الجدول أعلاه أن هناك فروق دالة بين المجموعتين (ت = 6.66، د ح =91، ح = 0.001) ترجح طول مدة متابعة العلاج بمسائد الطرق الصوفية بمعنى أن المرضى يفضلون بدرجة دالة متابعة علاجهم داخل المسيد

نتيجة الفرض السادس :-

ينص الفرض على (توجد فروق فى مدة إقامة المرضى للعلاج بين مسائد الطرق الصوفية والمستشفيات) . وللتحقق من هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار (ت) للمجموعتين (Pair sample Test) فنتج الجدول التالى :-

جدول (8) اختبار (ت) للمجموعتين لمعرفة الفرق فى مدة إقامة المرضى للعلاج (بالأيام) ين مسايد الطرق الصوفية والمستشفيات .

المجموعات	عدد الازواج	المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة (ت)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
مدة المسيد	92	6.73	2.74	6.24	91	0.001	توجد فروق دالة لصالح مدة الإقامة فى المستشفى
مدة المستشفى		0.305	0.457				

يتضح من الجدول أعلاه أن هنالك فروق دالة بين المجموعتين (ت = 6.24 ، دح =ى .91 ، ح = 0.001) لصالح مدة الإقامة بالمستشى بمعنى أن المرضى يقضون أوقاتاً قصيرة بالمستشفى بينما يقضون أوقاتاً أطول بالمسائد وأنهم يقضون أوقاتاً اقصر بالمستشفى لذهابهم قبل اكمال العلاج .

نتيجة الفرض السابع :-

ينص الفرض على (تختلف مدة الإستشفاء فى مسائد الطرق الصوفية تبعاً لنوع المرض فى حالتى العلاج التقليدى فقط و العلاج المتكامل) . ولدراسة هـذا الفرض أستخدمت الباحثة تحليل التباين الأحادى بمعرفة الفروق فى مدة الإستشفاء تبعاً لنوع الإضطراب فى حالتى العلاج التقليدى فقط والعلاج المتكامل والجـداول التالية توضح نتيجة هذا الإجراء

جدول (9) نتيجة تحليل التباين الاحادى لمعرفة الفروق فى مدة الاستشـفاء (داخـل المسـيد بالآيام) للعلاج التقليدى فقط والعلاج المتكامل تبعاً لنوع المرض .

الأبعاد	مصـــدر التباين	مجمـــوع المربعات	درجة الحرية	متوســط المربعات	قيمـــة (ف)	القيمـــة الاحتمالية	الاستنتاج
العلاج التقليدى فقط	بـــــين المجموعات داخـــــل المجموعات	778588.8 405267.2 11838.56	5 56 61	155717.7 7236.9	21.52	0.001	توجـد فـروق دالـــة بـــين المجموعات
العلاج المتكامل	بـــــين المجموعات داخـــــل المجموعات الكلى	90488.47 13041.5 220899.0	3 26 29	30162.6 5015.79	6.014	0.003	توجـد فـروق دالـــة بـــين المجموعات

يتضح من الجدول (9) أنه توجد فروق دالة فى مدة الاستشفاء (بالأيـام داخـل المسيد) للعلاج التقليدى (ف = 21.52 ، د ح = 5 ،56 ، ح = 0.001) تبعـاً لنوع الاضطراب ، كذلك وجد أن هنالك فروق دالة احصائياً فى مدة الإستشـفاء

للعلاج المتكامل تبعاً لنوع الإضـطراب (ف = 6.014 ، د ح = 3 ، 26 ، ح = 0.003) .

وللتحقق من الفروق بين متوسطات مدة الاستشفاء (بالأيام) للعلاج التقليدى فقط تبعاً لنوع المرض ، أستخدمت الباحثة إختبار (توكى) للتحليل البعدى ، فاتضح أن الفرق الدال احصائياً هو بين مجموعة مرضى الفصام (متوسـط = 304.29 يوماً) وبقية الاضطرابات ومتوسطاتها على النحو التـالى (الهـوس البسـيط = 10.83 ، الإضـطراب التحـولى = 27.88 ، الاكتئـاب البسـيط = 28.30 ، الإكتئاب الشديد = 44.60 والهوس الشديد = 70.89) .

أما فيما يتعلق بالفروق بين متوسطات مدة الاستشفاء للعلاج المتكامل تبعاً بلنـوع المرض فقد استخدمت الباحثة الاختبار البعدى السابق (توكى) فاتضح أن الفرق الدال احصائياً هو بين مجموعة اضطراب الفصام (متوسط =177.20 يومـاً) وكل من الهوس البسيط بمتوسط يساوى 41.33 يوماً والهوس الشـديد بمتوسـط 62.44 يوماً بينما لا توجد فروق دالة بين الاكتئاب الشديد (متوسط = 79.29) الفصام (متوسط = 177.20 يوماً) .

ولمعرفة التفاعل بين نوع الإضطراب ونوع الإستجابة للعـلاج التقليـدى فقـط والعلاج المتكامل على مدة الإسنشفاء على المرضى الداخليين بمسـايد الطـرق الصوفية طبقت الباحثة اختبار تحليل التباين الثنائى فنتج الجدول التالى :

جدول (10) نتيجة تحليل التباين الثنائى لمعرفة تفاعل كل من نـوع الإسـتجابة مـع نـوع الإضطراب على مدة العلاج للإستشفاء بالعلاج التقليدى فقط والعلاج المتكامل .

نـوع العلاج	المصدر	مجمـوع المربعات	درجات الحرية	متوسـط المربعات	قيمـة (ف)	القيمـة الاحتمالية	الاستنتاج
التقليدى فقط	الاضطراب الاستجابة التفاعل المتبغى الكلى	107012.0 144827.5 158870.0 39550505 1791518.0	5 3 8 45 62	21402.4 48275.8 19858.7 8789.0	2.43 5.49 2.26	0.049 0.003 0.040	يوجد تفاعـل دال بـين المتغيـرين علـى مـدة العلاج
العـلاج المتكامل	الاضطراب الاستجابة التفاعل	71976.0 21960.12 37831.3 82791.59	3 3 20 30	23992.0 7320.0 12610.4 4139.5	5.79 1.76 3.04	0.005 0.186 0.050	يوجد تفاعـل دال بـين المتغيـرين

	المتبغى الكلى	560315.0	29				علـى مـدة العلاج

يتضح من الجدول أعلاه أنه يوجد تفاعـل دال بـين نـوع الإضـطراب ونـوع الاستجابة على المدة الزمنية المستغرقة للإستشفاء ، والرسوم البيانية التالية توضح هذه التفاعلات .

الفرض الثامن :-

ينص الفرض على أنه (توجد فروق فى عدد مرات الذهاب لمتابعة العلاج بين مسائد الطرق الصوفية والمستشفيات) . وللتحقق من صـحة هـذا الفـرض طبقت الباحثة إختبار (ت) للمجموعتين وقد نتج عـن هـذا الإجـراء الجـدول التالى:-

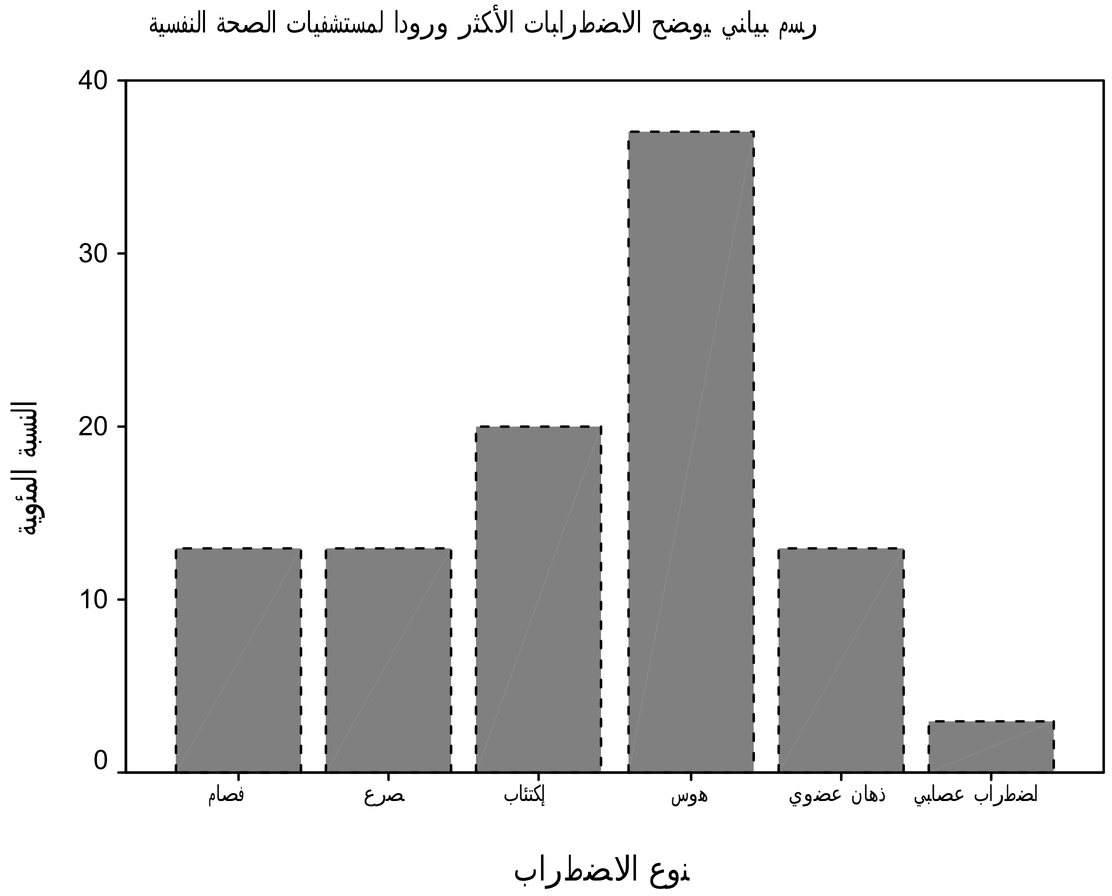
جدول (11) اختبار (ت) للمجموعتين لمعرفة الفرق فى عدد مرات الذهاب لمتابعة العلاج بين مسايد الطرق الصوفية والمستشفيات .

المجموعات	عـدد الازواج	المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة (ت)	درجـة الحرية	القيمـة الاحتمالية	الاستنتاج
مدة المسيد	92	1.83	1.13	7.94	91	0.001	توجد فـروق دالـة لصـالح مرات المتابعة فى المسيد
مـدة المستشفى		0.72	0.541				

يتضح من الجدول أعلاه أن هناك فروق دالة بـين المجمـوعتين (ت = 7.94، د ح = 91 ، ح = 0.001) لصالح عدد مرات المتابعة بالمسيد .

الفرض التاسع :-

ينص على (الإضطرابات الأكثر وروداً لمستشفيات الصحة النفسية الحديثة لكون تلك التى يصعب علاجها بالعلاج التقليدى فقـط كالإضـطرابات النفسـية الوظيفية الذهانية) . والجدول التالى والشكل رقم (   ) يوضح ذلك .



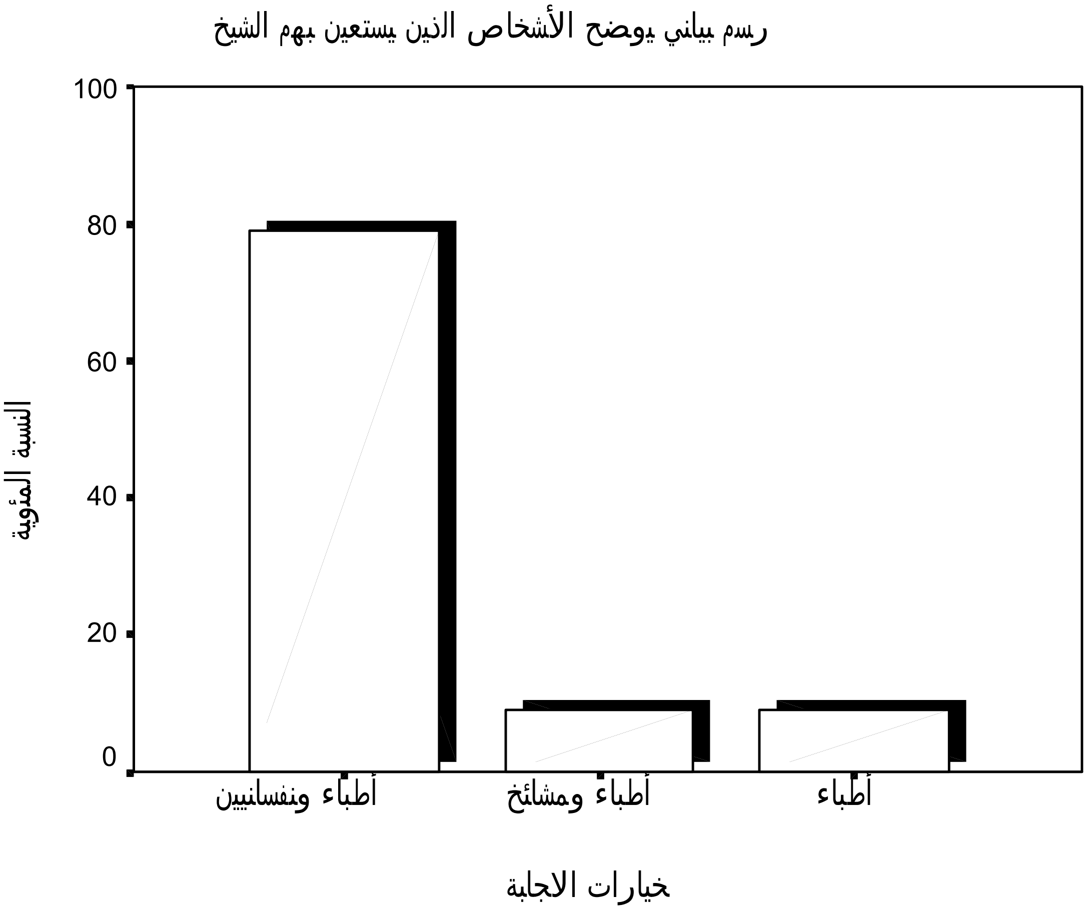
شكل (12)

يتضح من الشكل (12) أن أكثر الاضطرابات النفسية ورودا للمستشفيات هي الهوس الشديد (37%)، وبعدها يأتي الاكتئاب الشديد (20%)، ومن ثم الفصام والصرع والذهان العضوي بنسب متساوية (13%) لكل.

الفرض العاشر :-

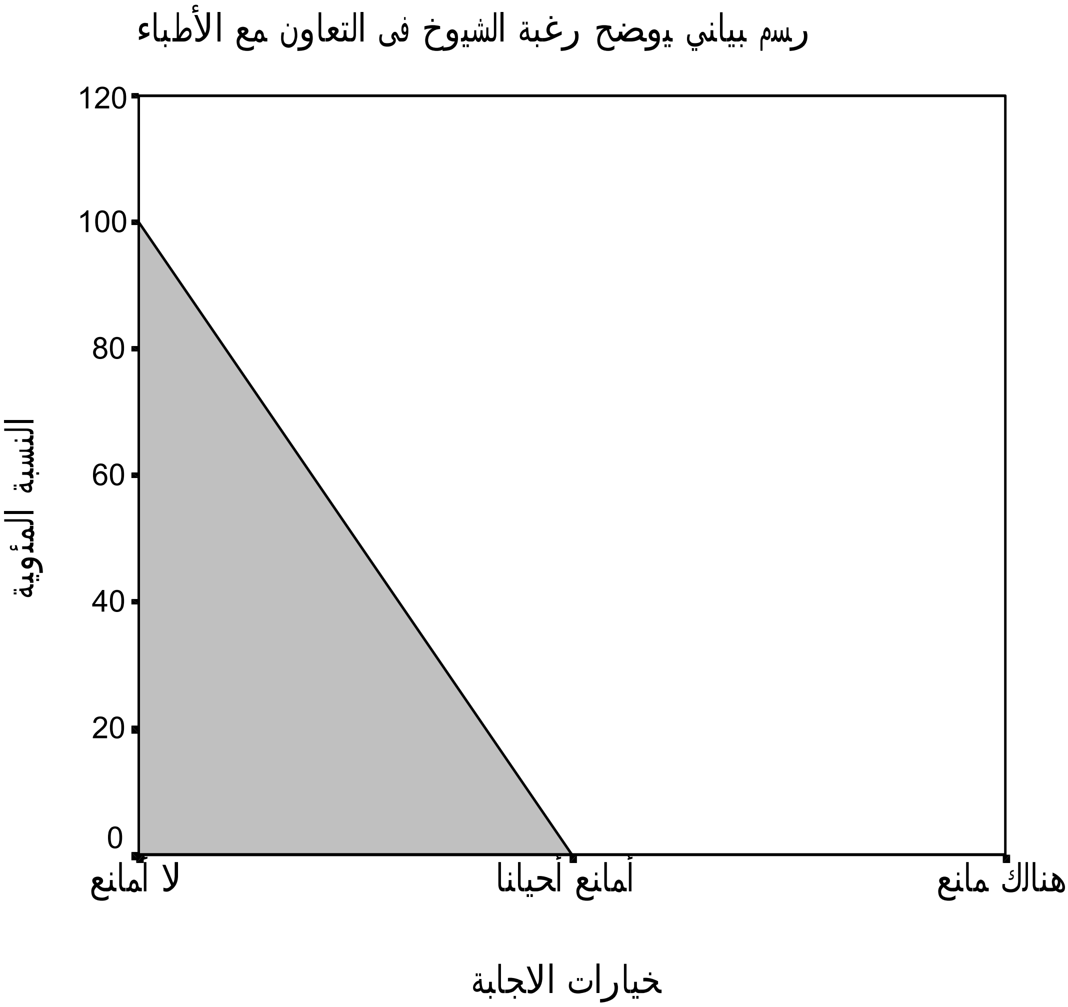
ينص على (أن شيوخ الطرق الصوفية أكثر تعاوناً ومساندةً لخدمات الصحة النفسية الحديثة إذا وضعنا اعتباراً لدورهم خاصة فى تشخيص

الإضطرابات النفسية قصيرة الأمد وعلاجهـا) . مـن دراسـة هـذا الفـرض أستخدمت الباحثة الأعمدة البيانية التالية :-



الشكل (13)

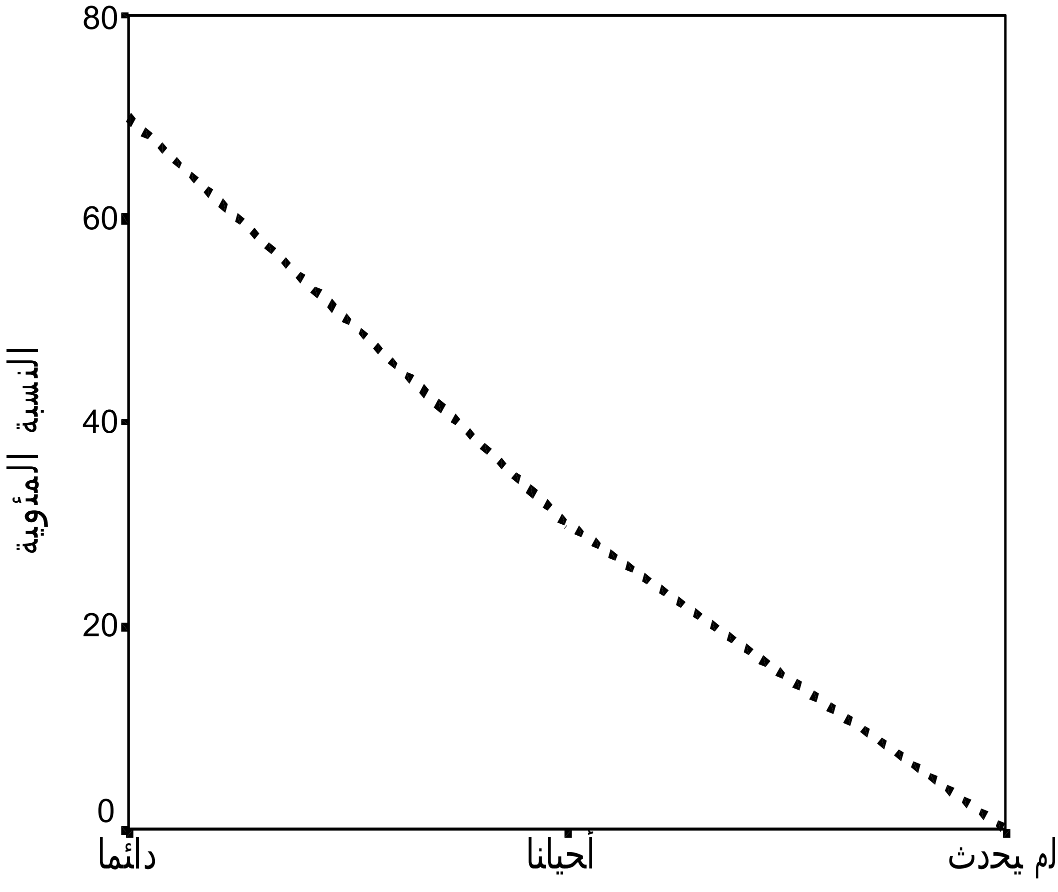
يوضح الشكل (13) أن (79%) من الشيوخ يتعاونون مع الأطباء والنفسانيين، كما يتعاون (10%) من الشيوخ مع شيوخا آخرين وأطباء.



الشكل (14)

يوضح الشكل (14) أن كل الشيوخ (100%) لا يمانعون من التعاون مع الأطباء، مما يدلل على تفهم الطبيعة الطبية للمرض النفسي.

رسم بياني يوضح استفادة الشيوخ من الأطباء



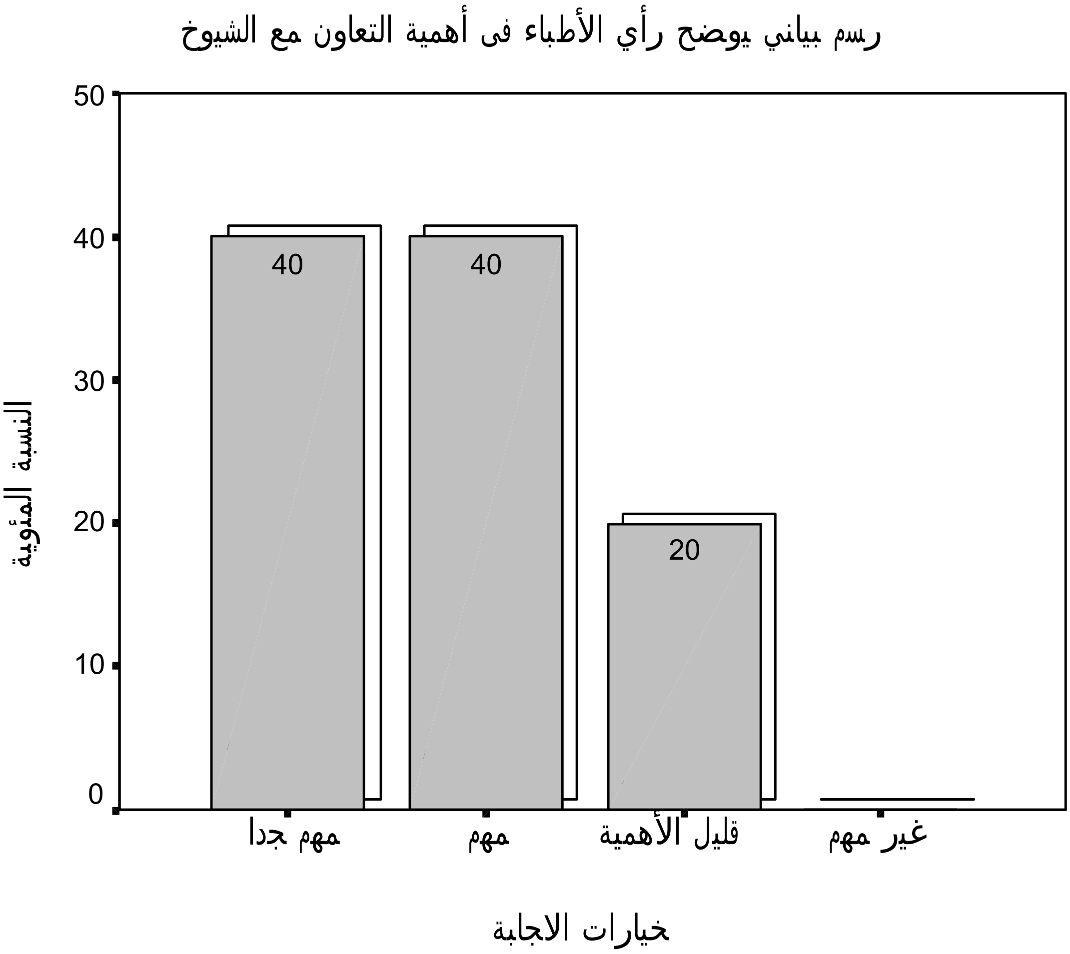
الشكل (15)

يوضح الشكل (15) أن (70%) من الشيوخ يتعاونون دائما مع الأطباء، وأن (30%) منهم يتعاون معهم أحيانا، بينما لم يذكر أحد الشيوخ بأنه لم يحدث له التعاون مع الشيوخ.

نتيجة الفرض الحادى عشر :-

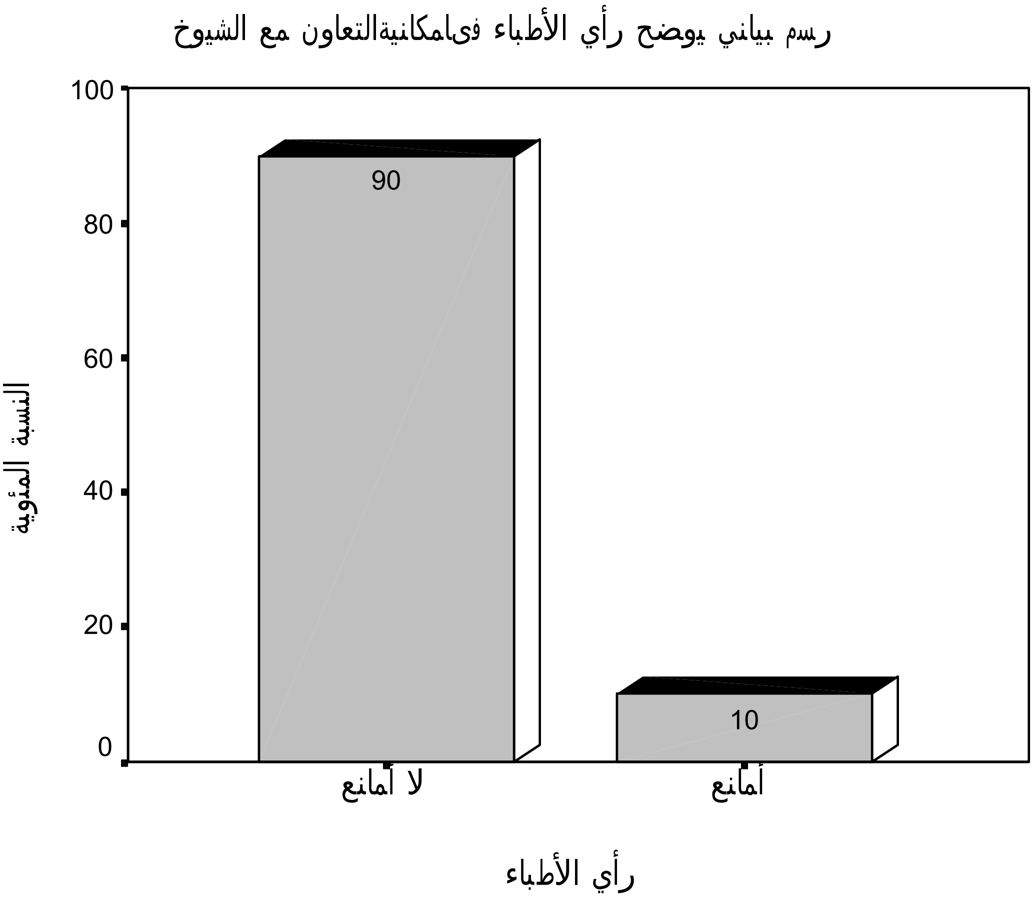
وينص على (تتصف إتجاهات الأطباء النفسيين تجاه التعاون أو التكامـل بين النظام الطبى الحديث والنظام المتبع بمسائد الطرق الصوفية بالإيجابيـة) .

والرسم البيانى التالى يوضح ذلك :-



الشكل (16)

يوضح الشكل (16) أن (80%) من الأطباء يعتقدون أن التعاون مع الشيوخ مهم جدا ومهم، بينما يتعقد (20%) منهم بأنه قليل الأهمية، ولا يوجد طبيب ينكر أهمية التعاون مع مراكز الشيوخ.



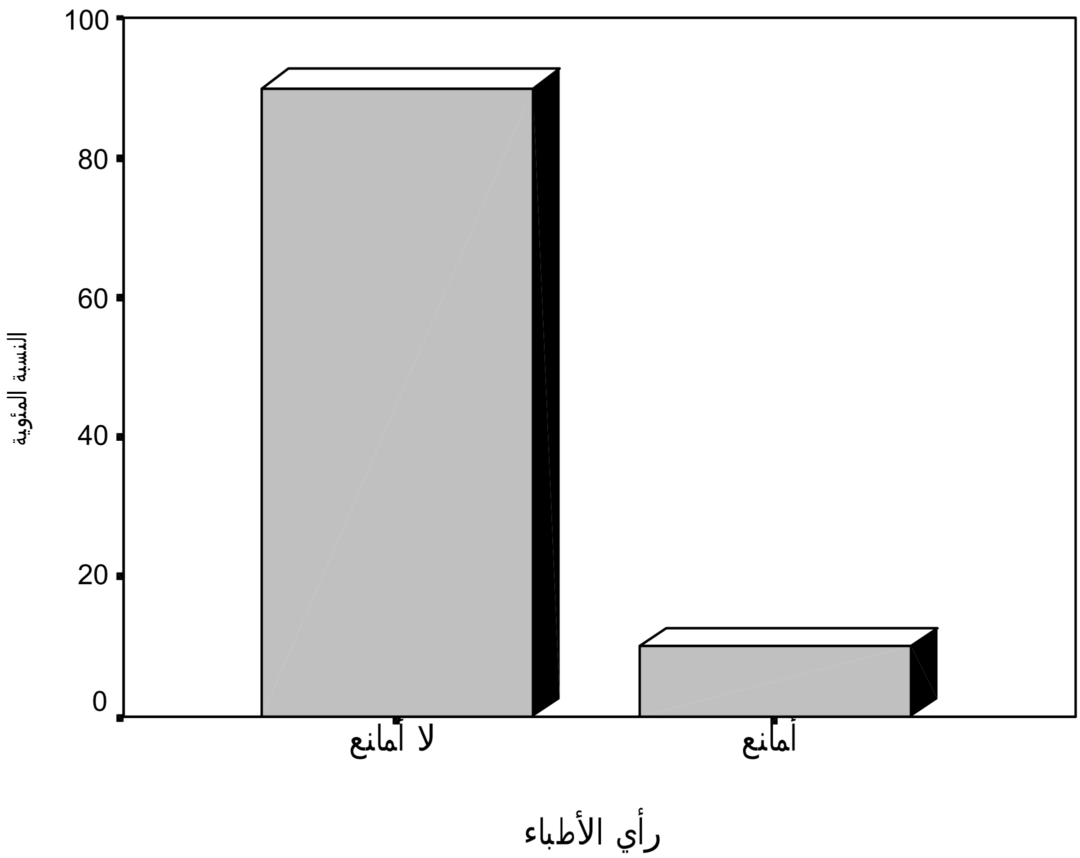
الشكل (17)

يوضح الشكل (17) أن (90%) من الأطباء يرون امكانية التعاون مع الشيوخ فى عملية علاج المرضي، بينما يعتقد (10%) منهم عدم هذه الامكانية.

نتيجة الفرض الثانى عشر : -

ينص على (لا يمانع الأطباء النفسيين من تدريب الكوادر العاملة بمسـائد الطرق الصوفية على أسس الصحة النفسية الحديثة) . والرسوم البيانيـة التاليـة توضح ذلك :-

رسم بياني يوضح امكانية تدريب الكوادر التقليدية



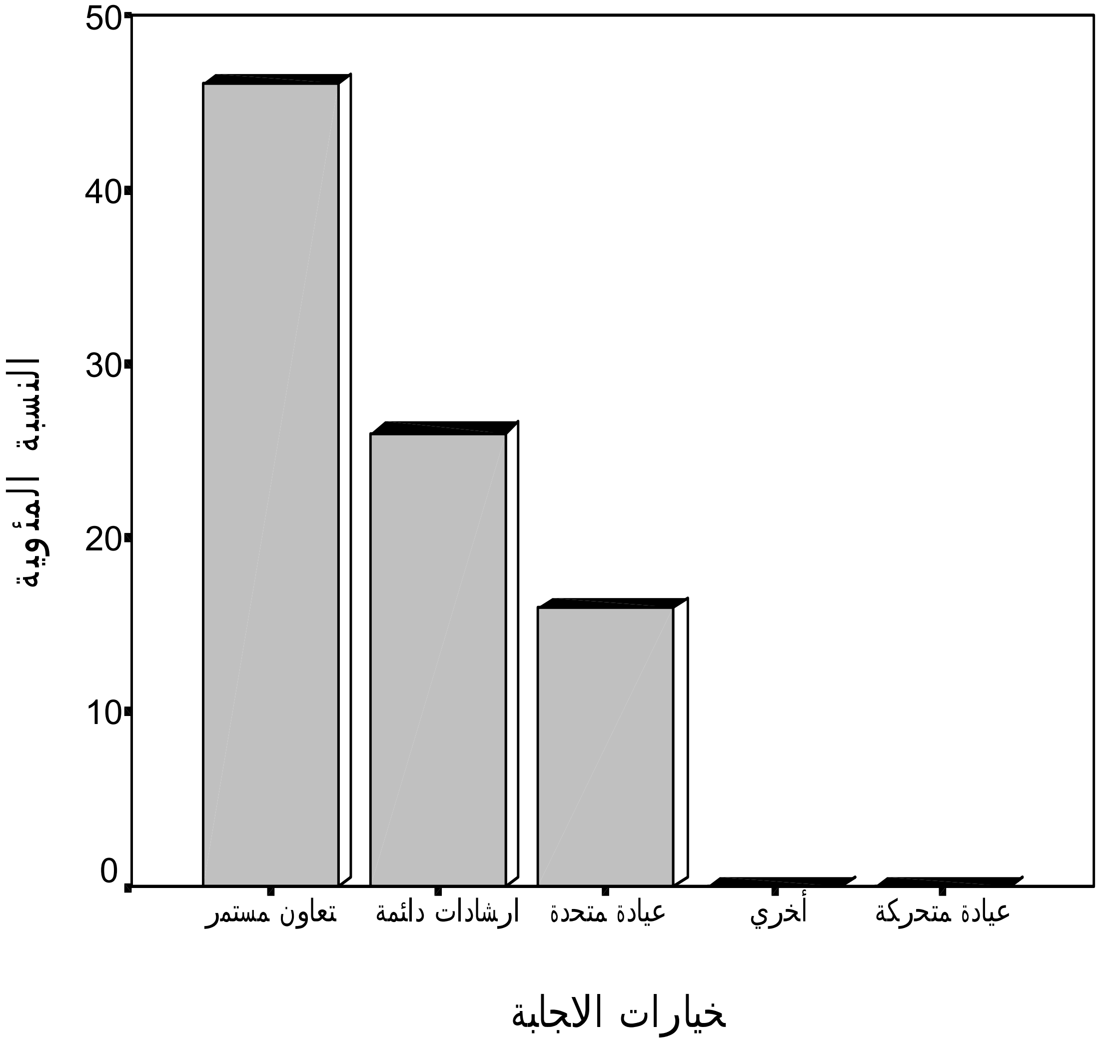
الشكل (18)

يوضح الشكل (18) أن (90%) من الأطباء لا يمانعون من تدريب كوادر المراكز التقليدية، بينما (10%) من الأطباء يمانعون من تدريب هذه الكوادر.

نتيجة الفرض الثالث عشر :

وينص على (يمكن معرفة آليات أو وسائل التعاون أو الدمج التى يمكن أن تتوفر بالإستفادة لتلك المراكز حسبما يراه الأطباء النفسيين) . والرسم البيانى التالى يوضح ذلك .

رسم بياني يوضح رأي الأطباء فى نوع التعاون مع الشيوخ



الشكل (19)

(يتضح من الشكل (19) أن 48% من الأطباء يفضلون تعاوناً مستمراً مع الشـيوخ كمـا أن 87% منهم يفضلون إرشادات دائمة و17% من الأطباء يرون ضرورة قيام عيادة متحدة مـع الشيوخ.

نتيجة الفرض الرابع عشر :-

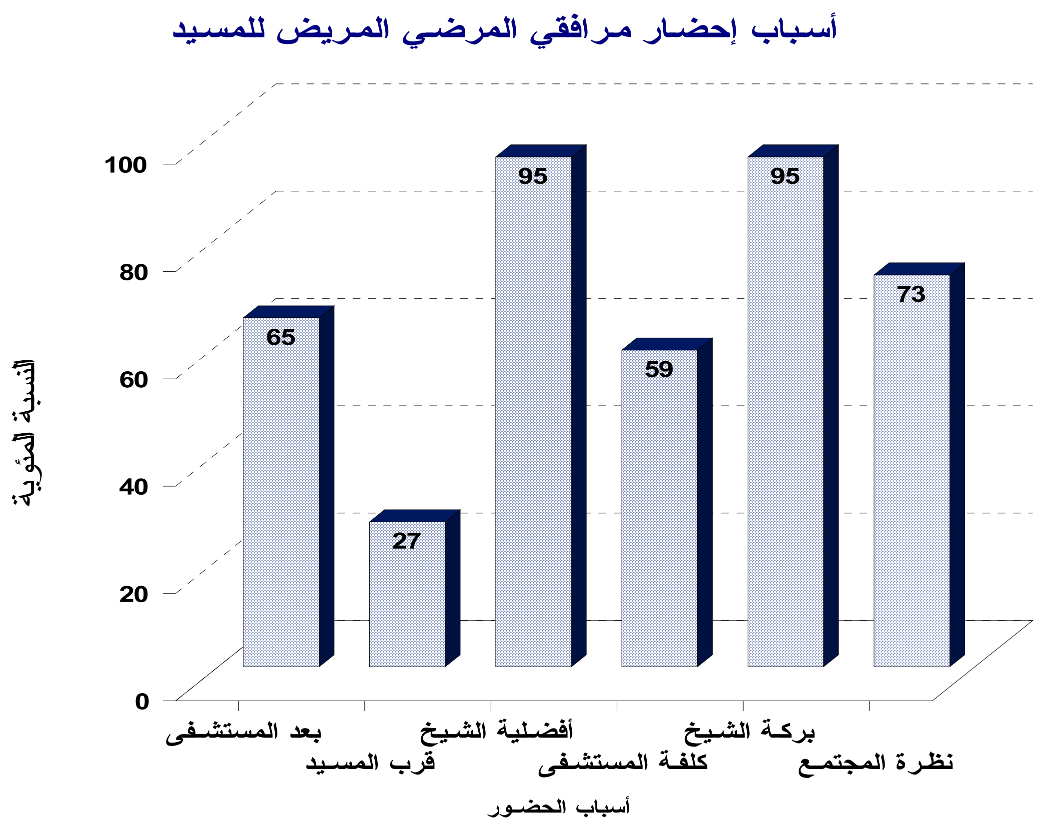
وينص على (تختلف الأسباب التى يحضر بها مرافقى المرضى النفسيين ذويهم مسائد الطرق الصوفيه للعلاج التقليدى النفسى) ولمعرفة نتيجة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار رتب إشارات المجموعات المتزاوجة لويلككسون فظهر الجدول التالى :

جدول (12) نتيجة اختبار رتب إشارات المجموعات المتزاوجة لويلككسون لمعرفة الفروق فى تفضيل مرافقى المرضى لعلاج الشيوخ بالمسيد مقارنة بعلاج المستشفيات .

نوع العلاج	متوسط الرتب	قيمة (ذ)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
العلاج بالمسيد	27.33	6.495	0.001	توجد فروق دالة لصالح العلاج بالمسيد
العلاج بالمستشفى	10.00			

يتضح من الجدول أعلاه أن مرافقى المرضى يفضلون العلاج بالمسيد (ذ = 6.49 ، ح = 0.001

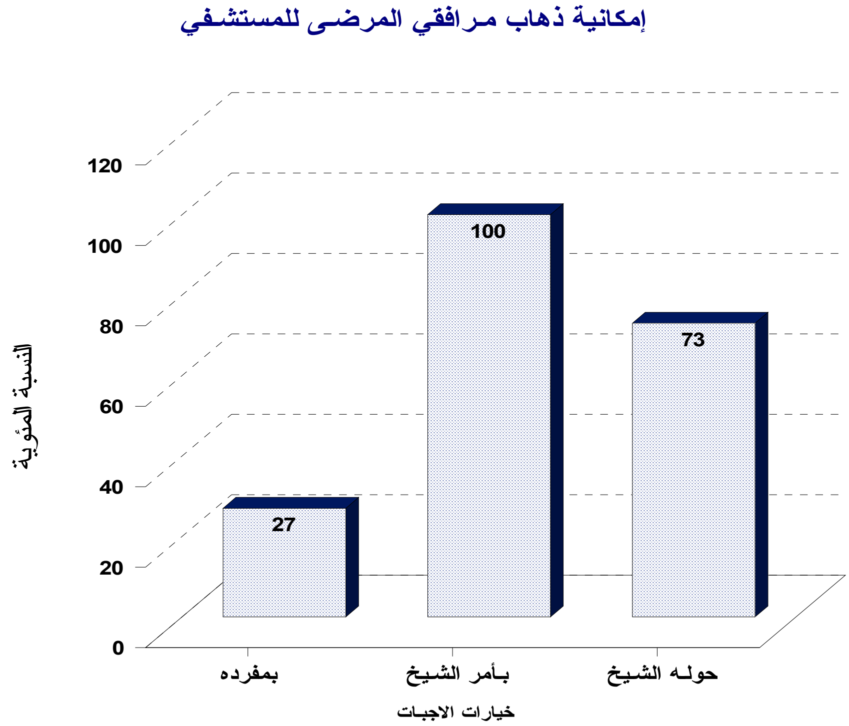
ولمعرفة الأسباب التى يحضر بها مرافقى المرضى ذويهم لمسائد الطرق الصوفية أستخدمت الباحثة الأعمدة البيانية فنتج عن ذلك الأشكال التالية :-



الشكل (20)

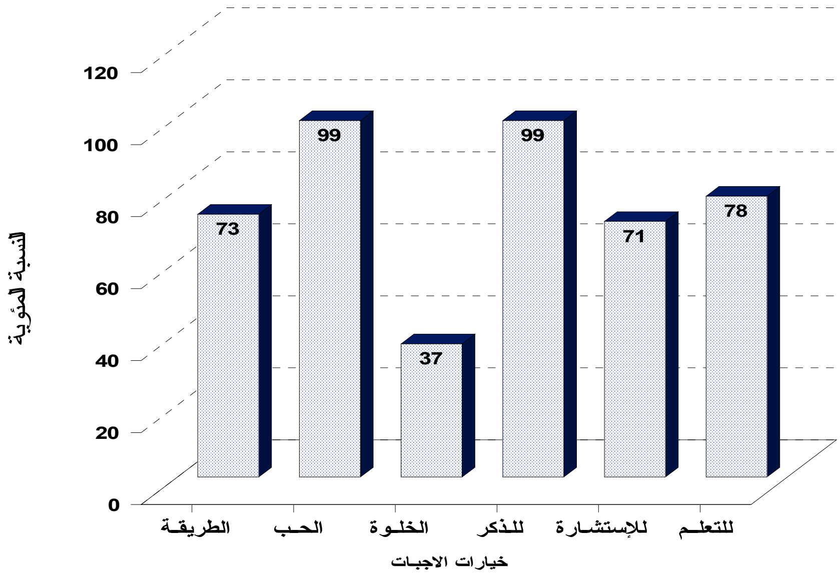
يتضح من الشكل (20) أن أهم الأسباب التى ذكرها مرافقي المرضي لاحضار مريضهم للشيخ على النحو التالي:-

95% لأسباب تتعلق ببركة وأفضلية علاج الشيخ ، وأن 73% لا يذهبون للمستشفي تجنباً لنظرة المجتمع (ما يقولوا مجنون) ، كذلك تأتي مسألة بعد المستشفي فى المركز الرابع (59%)، وتأتي كلفة العلاج عاملاً قبل الأخير (59%) ، بينما لا يمثل قرب المسيد عاملاً حاسماً (27%)، إذ يمكن أن يأتي الحوار من أماكن بعيدة.



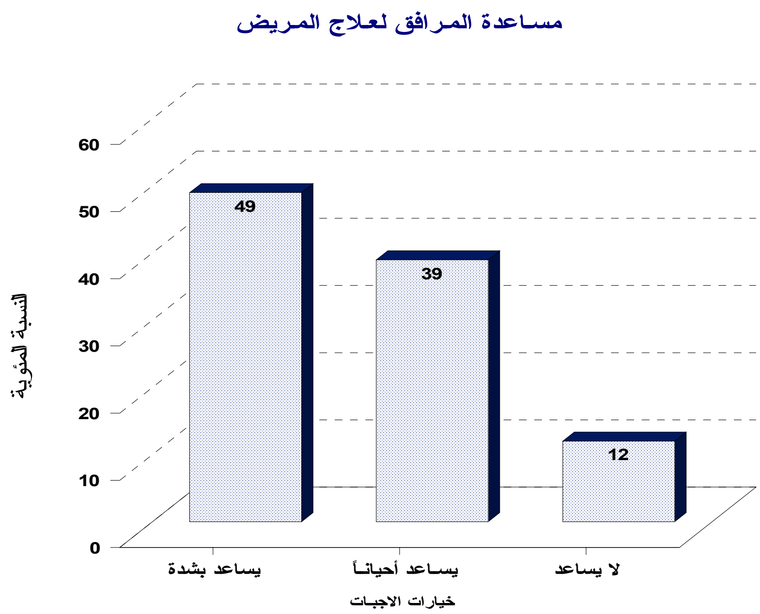
شكل رقم (21)

يتضح من الشكل (21) أنه يمكن كأن إدارة المستشفيات ينبغى أن تتعاون مع الشيوخ فى بعض الحالات ، وذلك لأن (100%) من مرافقى المرضى ذكروا بأنهم لا مانع لديهم للذهاب للمستشفى إذا أمر الشيخ بذلك وثقل أهمية هذا الأمر إذا حولهم للمستشفى (73%) . أما إمكانية ذهابهم بمفردهم للمستشفى فلا تمثل إلا (27%) فقط .



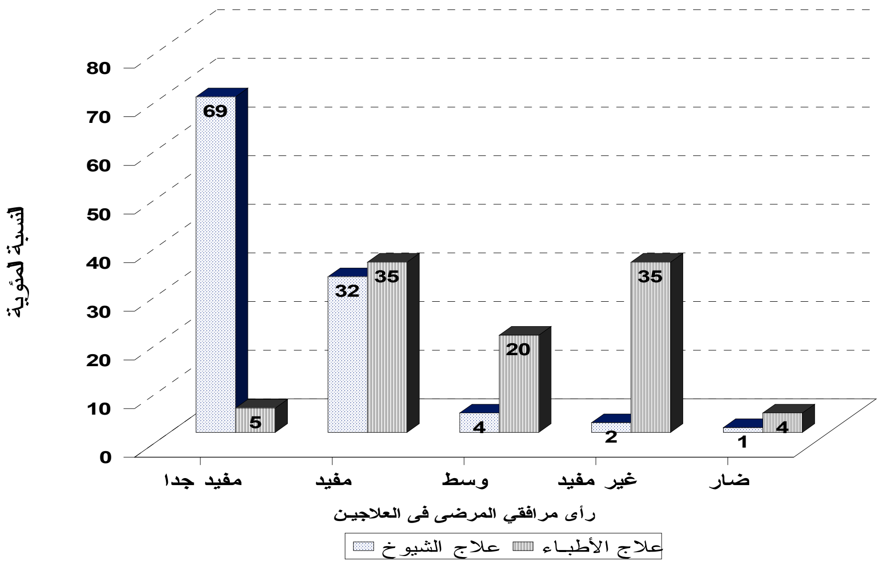
الشكل (22)

يتضح من الشكل (22) أن هنالك عوامل أخرى غير العلاج تسهم فى تفضيل مرافقى المرضى للحضور للمسيد ، وأهم هذه العوامل حسب رأيهم هى : لذكر الله وحبا لأهل الله إذا يمثل ذلك (99%) منهم ، هذا إضافة لإستشارة الشيخ فى بعض أمورهم الخاصة (71%) كما أن (73%) من مرافقى المرضى هم أصحاب طريقة لذلك مسألة إستشارة الشيخ فى كل شئ أمر بديهى ، وبما أن السبب الرئيسى للحضور للمسيد هو للعلاج وأن من يحضر مع المريض هم عادة من كبار السن ، لذلك لا تمثل التعلم بالخلوة إلا (37%) فقط .



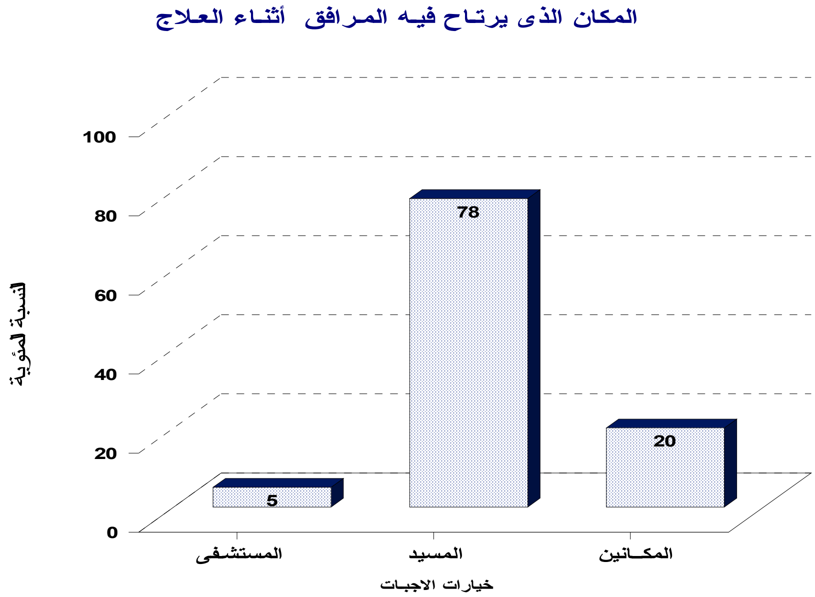
الشكل (23)

يلاحظ من الشكل (23) أن مساهمة مرافقى المرضى فى العلاج ليست فعالة ، وربما يرجع ذلك لإعتقادهم بأنهم لا يملكون مقومات هذا العلاج ، فقد أوضح (49%) أنهم يمكن أن يشاركوا فى العملية العلاجية ، وأن (12%)منهم لا يساعدون .



الشكل (24)

يتضح من الشكل (24) أن (69%) من مرافقى المرضى مقابل (5%) منهم يعتقدون بأن علاج الشيخ مفيداً جداً مقارنة بعلاج الأطباء بينما تكاد تتقارب هذه النسبة عند الحديث عن فائدة العلاجين ، إلا أن (35%) من مرافقى المرضى يرون عدم فائدة علاج الأطباء ، بل يذهب حوالى (4%) منهم بوصف هذا العلاج بأنه ضار .



الشكل (25)

يتضح من الشكل (25) أن (78%) من مرافقي المرضى يرتاحون للإقامة فى المسيد وذلك ربما لأنهم أصحاب طريقة هذا إضافة لارتباط المسيد بالجوانب الروحية الإيجابية ، عكس المستشفى التى ربما تتكرر فيها الأمراض الأخرى ، الا أن (20%) من أفراد العينة لا يضير عندهم أن كانوا فى المستشفى أو المسيد ، ونسبة تكاد لا تذكر تعتقد أنها يمكن أن تذهب للمستشفى وتجد الراحة فيها .

الفصل الخامس
المناقشـــــــة

تتناول الباحثة فى هذا الباب تفسير ومناقشة النتائج التى تم عرضها فى الباب السابق .

أسست هذه الدراسة على ممارسى العلاج النفسى التقليدى فى مسائد الطرق الصوفية والعلاج النفسى الحديث فى وسط السودان وبالتركيز على أنواع العلاج المستخدم والتشخيص لأسباب الإضطراب ودرجة تدخل المعالج التقليدى فى المعالجة وأهداف هذا العلاج والوسائل التى استخدمت فى العلاج وطبيعة العلاقة بين هذه المعالجات التقليدية والشفاء . وقد تضمنت هذه الدراسة الأهتمام بتصنيف المعالجين التقليدين ووسائل العلاج الروحى المنفرد أو العلاج الروحى المترافق بوسائط أخرى كالطقوس (الممارسات التقليدية) والأعشاب ... الخ .

وقد أوضحت نتائج التحليل الإحصائى المستخلصة أن الشيوخ القائمين على أمر تلك المسايد هم من الذين تلقوا تعليماً نظامياً بالإضافة لتعليمهم الأهلى المتمثل فى الخلوة والتى هى جزء من المسيد .

يعتمد المعالجين الذين يستخدمون مسائد الطرق الصوفيه للعلاج التقليدى على اعتقاد الناس فى الغيبيات والتى تعرف فى أعتقاد(البركة التى يتصف بها الشيخ) ونشاط هؤلاء الشيوخ يمتد لأكثر من علاج الإضطرابات النفسية مثل حل مشاكل الحياة اليومية (كالبحث عن الوظائف ومشاكل الزواج) لأن النشاط العلاجى لهولاء المعالجين بصورة أساسية علاج دينى (primary religious) يعتمد على تجمعات الصلاة ،والأذكار و بركات اليدين (الفاتحة والدعاء) أكثر من الطقوس الأخرى وهم غالباً ما يستقبلون حالات المضطربين نفسياً مباشرة .

تؤسس طقوس العلاج على أنواع الأرواح المسئولة عن اضطرابات المرضى ومشاكلهم ، لذلك نجد أن المعالجين التقليدين يستخدمون الغيبيات كاعتقاد لدى العامة ويختلف شكل العلاج باختلاف التشخيص (الروح المسببة للمرض) . أنواع الطقوس المستخدمة فى العلاج تتلخص فى العزيمة والمحاية ، البخرات ، القيد ، الذكر وأحياناً الجلد .

المسببات والتصنيف : -

يبحث الشيخ لمعرفة العوامل الاجتماعية والثقافية للمريدين وأسباب طلبهم للمساعدة لتحديد أسباب الإضطراب وذلك من خلال عدة طرق :-

أ- الأعراض والعلامات التى يمكن أن يشكوها المريض أو المرافقين له أو بملاحظة الشيخ لسلوك المريض .

ب- فتح الكتاب – وذلك بتأشير المريض على أرقام مكتوبة فى صفحات الكتاب وباختيار المريض لرقم معين يحدد الشيخ نوع الإضطراب .

ج- الخيرة – وهى وسيلة من وسائل معرفة الإضطراب من خلال الأحلام التى بواسطتها يتعرف الشيخ على مسبب المرض أو الإضطراب .

يتضح من جميع هذه الطرق أن (كيف) حدث هذا المرض أو الإضطـراب(ولماذا) وفى كل الحالات تكون أرواح الجن والشيطان هى المسبب حتى فى حالات الأمرض غير النفسية مثل الإجهاض وفقدان الوظيفة .

يعزى المرض لعدة أسباب إذا كان المريض يشكوا من عدة أعراض أو أن تشخيصاً واحداً ربما يطلق على عدة أعراض – الكثير من الأسماء تطلق من بعد المسببات (مثل تلبس الجن أو مس الشيطان) لذلك من الصعوبة وضع تصنيف للحالات الواردة لمسائد العلاج التقليدى وصعوبة تنظيم المسميات تحت تصنيف واحد .

وضح فى الدراسة أن الشيوخ لديهم تقسيم للإضطرابات النفسية كما هو فى التقسيمات الطبية الحديثة حيث يتبع الشيوخ لتشخيص الإضطرابات الواردة إليهم طريقة الأعراض والعلامات ، حيث هنالك نسب متفاوتة فى تشخيص الشيوخ لبعض الإضطرابات تشابه التشخيصات المستخدمة فى التقسيمات الطبية . أوضحت نتيجة التحليل الإحصائية ان الأطباء والشيوخ ربما يستخدمون أسماء موحدة بنسبة متقاربة للأمراض فمثلاً (الفصام) والذى تقارب تشخيصه مع تشخيص الشيخ المسمى بـ (تلبس الجن) بينما تراوحت بقية المسميات ارتفاعاً وانخفاضاً من اختلاف بين الشيوخ والأطباء ، فمثلاً تقارب تشخيص الشيخ للإضطراب المسمى بـ (مس الشيطان) مع الإكتئاب والهوس ، بينما تراوحت تشخيصات الفوبيا والوسواس القهرى والإكتئاب البسيط والهوس البسيط تراوحت تشخيصاتها التقليدية بين (العين ، الريح الأحمر) ... الخ . مما يدعونا للإهتمام اكثر بهذا الجانب من دراسات لاحقة لأن هذا الاستنتاج اذا تم تغطية

بصورة علمية أوسع ستكون له فؤائده مثمرة فى مجال التعاون او التكامل الذى ننشده .

التشخيص Diagnosis :

يشخص الشيوخ بعدة وسائل أهمها قراءة القرآن ، أو بالعلامات مثل تأثير المرض على العمل أو بالمقابلة أو بالإستخارة والتى هى جزء من المفهوم الدينى المعروف (بالخيرة) بالإضافة للأعراض التى يشكوها المريض مثل الخوف والتردد والزوالات ...الخ

كما أنه اتضح من التحليل الإحصائى أن هناك عدة مسميات للإضطراب النفسى لدى الشيوخ بمسائد الطرق الصوفيه التى تمارس العلاج النفسى وأن كل مصطلح أو مسمى تستخدم له وسائل تشخيص وعلاج قد تتشابه فى شكلها العام ولكنه تختلف فى تطبيق طقوسها ، فمثلاً الإضطراب النفسى الذى يطلق عليه مصطلح (العين) حيث يتم تشخيصها أما بالطقوس مثل حرق البخرات أو وضع البيض تحت مكان نوع المريض وفتحها بعد استيقاظه للتأكد من إصابته (بالعين) أو بالأعراض التى يشكوها المريض مثل شعوره بالرعب والخوف وتذبذب الوزن أو بالصراخ الغير مبرر بسبب .

تنطبق طرق التشخيص السابقة على بقية الإضطرابات مثل (الريح الأحمر حيث يشخص عن طريق الأعراض مثل اعتلال الصحة وعدم المقدرة على أداء الأعمال أو ما يظهر عليه من علامات السأم أو الضحك الغير مبرر بسبب هذا الإضطراب بالإضافة لإستخدام الشيوخ بوسائل أخرى مثل جمع عدد أرقام الأسم أو الخيرة .

ووضح من التحليل الإحصائى أن تشخيص تلبس الجن يعتمد كلياً على العلامات الظاهرة على المريض مثل عدم أدراكه لكونه مريض (عدم استفساره للمرض) ، غرابة تصرفاته أو كلامه بطريقه غير مفهومة أو غامضة بالإضافة لمظهره الذى يتسم بالإتساخ وخلع الملابس وعدم الإهتمام بنظافته الشخصية .

يتضمن التشخيص معرفة المعالج بالمسببات والتصنيف للأمراض ، يكون التشخيص عادة من خلال الأسئلة المنظمة التى يطرحها الشيخ على المريض أو المرافقين له أومن خلال معاينته أثناء المقابلة وملاحظة العلامات وطريقة السلوك مثل الصمت ، الحركة الكثيرة الأهتمام بالنظافة أو غيرها

بالإضافة للطرق الأخرى مثل فتح الكتاب والخيرة ويبدأ دائماً بفاتحة المصحف لتأكيد ربط العلاج بالقرآن ليطمئن المريض ومرافقوه على نوع التشخيص .

يستمع المعالج عادة بكل أهتمام للمريض والمرافقين متدخلاً أحياناً ببعض الأسئلة لتوضيح بعض التفاصيل ، يشرح المريض عادةً معاناته وخطواتها والمحاولات التى قاموا بها لعلاجها بالإضافة لكل ما يحيط به من مخاوف وأحلام ...الخ . يضيف المعالج بعض المعلومات من خلال الأعراض والعلامات الظاهرة وتحديد أوقاتها ثم بعد ذلك تاريخ حياة المريض الشخصية ، ومعرفة الشيخ لثقافة المجتمع تمتد لكثر من ذلك فنجد أن الشيخ يعرف مشاكل وهموم وتاريخ كثير من عائلات المريدين ومناطقهم .

يعتمد الشيخ فى التشخيص على المسببات الروحية مثلاً أن يعطى المريض بعض البخرات أو قرأت بعض التعاويذ التى قد تسمح للأرواح الشريرة المسببة للمرض أن تفصح عن نفسها من خلال ما ينطق به المريض من كلمات وهنا يكون الحوار هو مفتاح التشخيص وبأطفاء تفسيرات روحية . حيث يقوم المعالج بدور الأخصائى النفسى والأجتماعى والطبيب النفسى لذلك لا يمكن تهميش هذا المدخل الواسع فى التشخيص فى ظل التشخيص الحديث .

تستخدم طرقاً مختلفة لتشخيص المرض النفسي وقد وضح أن الشيوخ يستخدمون نوعاً ما تصنيفاً موحداً لكل مجموعة من الأمراض أعراض وعلامات مثل العين الريح الأحمر أم الصبيان تلبس الجن مس الشيطان أو الجنون ، ولهم برنامج موحد متفق عليه عبر الأجيال وبين الجميع .

المعالجة Treatment :

يكمن دليل المعالجة فى مسائد الطرق الصوفيه للعلاج النفسى التقليدى فى الطريقة المعقدة التى ينتهجها الشيخ ، حيث يشترك فيها إلى جانب المعالج المريض نفسه وأهل المريض والفريق المرافق والمجتمع ككل بكل ما تشمل هذه الفئات من معتقدات وإيمان قاطع لفاعلية المعالجة . وبغض النظر عن شكل المعالجة فأن وسائل العلاج أما أن تكون فى شكل طقوس أو أن تكون طبيعية كما فى إستخدام بعض الأعشاب أو الأثنين معاً .

يوجد تبرير وتوضيح لعلاقة العلاج بالمرض فمثلاً العلاج بالعزيمة يكون التبرير له هو طرد الروح الشريرة من دماغ المريض والمحاية لغسل البطن من

أثار هذه الروح والبخرات لتنقية أجهزة التنفس ، والجلد لتخويف الروح أما القيد فهو الوحيد الذى يبرر لحفظ المريض من الحركة لتى قد تؤدى لإيذاء نفسه أو غيره فى حالة أن الروح الشريرة أمرته بذلك حسب ما هو معتقد .

يتشابه شكل الوسيلة المستخدمة فى العلاج ولكن يختلف مضمونها فمثلاً العزيمة التى تستخدم لطرد الجن المتمرد ليست هى بنفس الأدعية التى تستخدم لطرد مس الشيطان ... الخ وكذلك فى استخدام البخرات والمحاية والجلد شكله وحدد الضربات ومكانه إذا كان فى الأيدى أو الرأس أو الأرجل – القيد للحفظ ربما يكون لليدين أو الأرجل فقط أو الأرجل والأيدى فى آن وأحد .

يختلف أستخدام الأعشاب بإختلاف المرض كما فى حالات العجز الجنسى والأجهاض والصرع وحالات الهياج وقد يستخدم نفس النوع وأكثر من مرض وقد يستخدم لكل مرض نوع واحد من الأعشاب وقد تتداخل مع بعض .

يظهر أثر العلاج من خلال قوى الشيخ الروحية واقتناع المريض بفاعلية العلاج – المعالج يقوم بالعزيمة فى وقت معين من اليوم – المحاية تشرب فى وقت محدد – البخرات فى وقت محدد – بمعنى أن الطقوس المصاحبة لابد من عملها بدقة فالمحاية تكتب بمداد معين وهذا المداد يصنع فى وقت محدد ويمسح بماء معين فى وقت معين وبأى يد يحمل ومن الذى يحمله مع الدقة فى المواعيد .

المحاذير أحياناً تكون جزء من المعالجة فمثلاً أثناء العلاج لا يأكل المريض لحم الأبقار ولا يشرب اللبن ولا يأكل الجبنه كما يحرم من الملح فى بعض الأحيان ولمدة معينة . وخلال المعالجة ينصح بعدم أخذ المريض أى علاج من العلاجات الطبية الأخرى .

أسس العلاج بالطقوس على مجموعة من الرموز والمعتقدات بعضها عام والآخر مرتبط بالدين والعقيدة . ومبنى على العلاقة الأزلية بين الشخص والأرواح . هنالك ثلاث أسس علاجية تستخدم فى هذا النوع من العلاج :-

1- محاولة المعالج بناء الشعور بالأمن لدى المريض المريض من خلال اعتقاده الاجتماعى .

2- ينشئ المعالج علاقة بين شعور المريض بقيمته (self steem) وتدعيم علاقة المريض بالوسط الإجتماعى داخل المسيد وذلك من خلال وجوده مع مرضى آخرين أو مرافقين أو مع من كانوا

مرضى وادديهم فترة تأهيل ، فى بعض المسائد يترك المرضى أحراراً فى الحركة داخل القرية علماً بأن كل المجتمع بالقرية لديه خبرة كافية عن التعامل معهم وحتى وهم مقيدين (handcoffed) .

3- المعالج ينصح للأسرة وجميع الأهل فى المجتمع الذى يعيش فيه المريض عن نوع الإضطراب الذى يعانى منه المريض وكيفية التعامل معه طالباً منع دعم المريض ومساندته فى التغلب على الروح التى ادت به لهذا المرض .

يبدو أن التأثير العلاجى قد بنى على التعاون بين الثلاث أسس السابقـ ـة و أن العلاقة العلاجية النفسية الاجتماعية تؤكد أصالة العلاج التقليدى ، فالتأثير العلاجى النفسى لا ينفصل على النظام الاجتماعى للمعتقدات الدينية والطقوس ، حيث ينقسم تأثيرالعلاج التقليدى بصورة منظمة إلى :-

1- خبرة المعالج السابقة لعلاج الحالة

2- تشخيص المجتمع لحالة المريض

3-قوى الشيخ المعالج الروحية حيث يصعب تتبع أساس المعرفه والخبرة التى وصل لها هذا المعالج ويكمن ذلك فى أن المعالجين يؤكدون أن هذه القوى ناتجة عن عوامل قوى روحية يمتازون بها دون غيرهم من الناس . ومرجع هذه القوى يكمن فى :

1- الدافع الذى يمتاز به الشخص المعالج يعتبر عامل متوارث لدى الإسرة

2- ما يذكره الشيخ المعالج من عوامل خفية ساعدته فى أن يكون فى هذا الموقع بالإضافة إلى التعليم الذى وصل إليه من ممارسة العلاج مع الشيخ الذى سبقه .

3- وضع الشيخ الاجتماعى والاقتصادى فهو ذو تأثير فى حل كثير من المشاكل الاجتماعية والتى ليست لها علاقة بالمرض النفسى .

تشجع هذه النظرة إلى القوى الغير معروفة التى يمتاز بها الشيخ المرضي وتعطيهم الأمل فى الشفاء وهذه القوى الخفية بالإضافة إلى أن هؤلاء الشيوخ يمتازون بمهارة وخبرة فائقة فى الممارسة العلاجية .

تستخدم الطقوس كجزء من عملية التشخيص والعلاج معاً حيث تربط طرق التشخيص فى معظم الأحيان بطرق العلاج كما يتضح أن أستخدام قراة القرآن أو

البخرات يستخدم فى الحاليتن مما يعزز ثقة المريض فى الوسيلة المستخدمة فى العلاج .

يستخدم فى مسائد الطرق الصوفيه للعلاج النفسى التقليدى عدة وسائل من الوسائل المساعدة للعلاج ، ففى المسيد يكلف بعض المرضى ببعض الأعمال وأن تكليف هؤلاء المرضى يتم حسب حالة المريض واستعداده لإداء العمل كما يشجع بعض المرضى بممارسة أعمال حسب خبراتهم السابقة . والعلاج بالعمل من الوسائل المساعدة فى العلاج النفسى وهو وسيلة من وسائل التعبير والتنفيذ والغرض منه هو شغل وقت المريض والمساعدة فى عملية تشخيصه وعلاجه وتأهيله ، وقد أثبتت العديد من الدراسات بأنه مفيد فى علاج مرضى الإكتئاب ومرضى الهوس ويفيد كذلك فى حالات الإضطرابات جسديه الشكل كما يساعد فى التعبير عن المشاعر والتخفيف من الميول اللاإجتماعية وأحلام اليقظة ويساعد على التركيز والانتباه كما أنه يفيد فى حالات مرضى الفصام . بإضافة للعمل يستخدم الترويح بواسطة الأذكار وحضور المدائح حيث تؤدى المدائح فى أسلوب رصين سهل الحفظ يحبب إلى المريدين باللحن والإيقاع ما يجعل ترديدها غير ممل كما يقول الشيخ أحمد محمد عامر المكاشفى وهى أقدر على تحقيق الهدف من إى أسلوب أخر كالمحاضرات والكتابة على الصحف وما إلى ذلك . حيث يشارك بعض المرضى فى أداء بعض هذه المدائح كما أن جلسات الذكر والوعظ تحمل جانب كبير من التوجيه والإرشاد . وشعور المريض بالأمن والطمانينة بمشاركته فى هذه الجلسات يحرره من التعب والتوتر والملل عن طريق الترويح كما يستطيع تجديد قدرته على مواجهة مشاكله .

هناك عدة عوامل تساعد فى العملية العلاجية ومنها اعتقاد المريض وأهله فى العلاج الدينى حيث أن هناك العديد من الآيات التى تدعوا للبحث عن الشفاء فى القرآن ويقوم الشيخ بتعزيز هذا الجانب بالشكل الذى يجعل المريض وأهله يقتنعون بآلية تنفيذ العلاج ، حيث يقوم الشيخ بدور طبيب العائلة وحكيمها وبالطبع أن سلفه كان يقوم بهذا الدور ولذلك نجد أن المعلومات عن الأسر متوفرة لدى الشيخ منذ الأجداد ، ما يساعد فى عملية التقارب وتسهيل عملية تفسير أسباب المرض وعلاجه ويبدوا أن الشيخ والمريض على وفاق تام فى مفهوم المرض ومسبباته وهذا الجانب غير متوفر لدى مارسى الصحة النفسية الحديثة كما أنه يجنب

الأطباء النفسيين الذين تدربوا خارج الوطن أن يواجهوا صعوبات عملية فى تعريف الحالات والتشخيص السريرى بالإضافة إلى صعوبات إختيار النمازج العلاجية .

يعكس وضع المريض ومرافقيه داخل المسيد جانب عائلى وتكافلى يساعد كثيراً فى تسريع عملية التشخيص وسرعة العلاج . وهذا الوضع يشبه إلى حداً ما العلاج المنزلى (home treatment) والذى يقدم خدمة تمكن المرضى من العلاج خارج المستشفى بالقدر المستطاع ويبقوا فى أماكن سكنهم لأن الطب النفسى الذى يكون على معرفة كافية بالمفاهيم الدينية والروحية للمريض وستكون هنالك نتائج مثمرة وإيجابية لعملية علاجه .

يتعاون الشيوخ مع الأطباء النفسيين بل منهم قد سبق له أن تعاون مع الأطباء النفسيين ويؤكد بعض من الشيوخ بأنهم دائمى التعاون مع مراكز الصحة النفسية الحديثة وقد يتعاونون أحياناً ولم يذكر أحد هؤلاء الشيوخ بأنه يرفض التعاون مع مراكز الصحة النفسية والحديثة كما اكدوا انهم لا مانع لديهم من تدريب كوادرهم على أسس الصحة النفسية الحديثة .

تناولت هذه الدراسة عينة من المرضى الذين تلقوا علاجاً تقليدياً صوفياً فقط . وقد أوضحت نتيجة التحليل الإحصائى أن الذكور المرضى أكثر عدداً فى العلاج بمراكز العلاج الصوفى وان غالبيتهم من العذاب غير المتزوجين أو سبق لهم الزواج ثم انفصلوا كما أن هذه الفئة يغلب عليها العمال ثم الطلاب بينما يمثل اصحاب الأعمال الحرة او بدون عمل نسبة أقل من سابقيها ولكن نجد أن اقل فئات المجتمع وجوداً فى المسيد هم الموظفين وربما نستشق من هؤلاء المرضى انهم من الفئات الأقل حظاً فى التعليم او الوظائف التى تتطلب تعليماً قليلاً .

كما وضح من التحليل الإحصائى أن معظم هؤلاء المرضى من القرى وربما ارتبط ذلك بوجود هذه المراكز التقليدية داخل المناطق الريفية النائية كما ان بهذه المسائد خلاوى الدراسة وحلقات الذكر والمدائح وأن كثيراً ما تستقطب اعداداً كبيرة من الناس كما نجد ضمن نتيجة التحليل الإحصائى أن نسبة غير قليلة من سكان المدن الذين يقدمون للعلاج بهذه المسائد مما يبرر انتشار شيوع استخدام العلاج التقليدى الصوفى على نطاق اوسع .

وقد أوضحت النتائج أن مدة العلاج داخل المسيد تقل عن تلك بالعلاج التقليدى فقط وينعكس ذلك فى الاستجابة الايجابية السريعة حيث كانت ايجابية خلال الشهر الأول فقط . الا ان ايجابية هذا العلاج لهذا العدد الكبير من المرضى توحى بضرورة إجراء دراسات أوسع وأعمق للإستفادة القصوى من التكامل بين النظامين التقليدى المستخدم فى مسائد الطرق الصوفيه والعلاج الطبى الحديث .

أظهرت الدراسة أن هناك فروق فى مدة العلاج تبعاً لنوع الإضطراب ليظهر ذلك فى الإستشفاء أو الإستجابة للعلاج فى حالتى العلاج المتكامل والعلاج التقليدى فقط ، وقد كانت هنالك دلالة إحصائية بأن المدة الزمنية التى يستقرقها إضطراب الفصام طويلة جداً فى حالة العلاج التقليدى فقط بل كانت منعدمة الإستشفاء أو التدهور نحو الإستجابة السلبية فى بعض الأحيان كما أن إستجابات الهوس الشديد وإكتئاب الشديد كانت أطول مدة فى حالة العلاج التقليدى فقط عن العلاج المتكامل .

كما يتضح من الدراسات الفرق كبير بين مدة متابعة المرضى للعلاج داخل المسائد مدة متابعتهم للعلاج داخل المستشفيات كما وجد فرق كبير بين مدة إقامة المرضى بالمسائد ومدة إقامتهم بالمستشفى للعلاج ، وهناك فرق فى عدد مرات ذهاب المرضى لمتابعة العلاج بالمسائد ومتابعتهم بالمستشفيات ، كما ظهر جلياً تفضيل المرافقين للإقامة بالمسائد مع ذويهم المرضى عن الإقامة بالمستشفيات .

اتضح من الدراسة أن قرب المستشفى أو بعدها لايشكل عاملاً فى ذهاب أو إحضار المرضى لمسائد الطرق الصوفية وقج تأكد أن مدة الإستشفاء فى حالة العلاج المتكامل كانت أسرع خاصة فى حالة الإضطرابات الزهانية والتى وضح إنها لا يمكن علاجها بالعلاج التقليدى فقط وذلك ربما يعزى لإمكانية متابعة العلاج وشكل الإقامة التى توفر للمريض والمرافق بمسائد الطرق الصوفية بالإضافة للعامل العقائدى لموافقة الشيخ لإستخدام هذا العلاج داخل المسيد .

وقد أوضحت النتيجة الإحصائية أن أكثر الأمراض التى يلتزم المرضى النفسيين وذويهم بالعلاج منها داخل المستشفى هى تلك الإضطرابات النفسية الوظيفية الذهانية مثل الفصام والإضطرابات الوجدانية الشديدة (الهوس ، الإكتئاب) والإضطرابات الذهانية العضوية والصرع ما يؤكد أن مثل هذه الإضطرابات يصعب علاجها داخل مسائد العلاج الصوفى بكل وسائله التشخيصية

والعلاجية وهذا دافع أخر يحفزنا بالعمل الجاد على إجراء التعاون أو التكامل مع تلك المسائد لتفادى المالات السئية التى قد تنتج عن تأخر العلاج لتلك الحالات التى كما وضح أنه لا يمكن علاجها بالوسائل التقليدية .

وقد تناولت الدراسة أراء واتجاهات الأطباء النفسيين نحو مسائد الطرق الصوفيه للعلاج التقليدى وإتجاهاتهم نحو التكامل أو التعاون وقد أوضحت الدراسات الإحصائية تأكيد جميع أفراد عينة اختصاصى الطب النفسى إمكانية التعاون مع مسائد الطرق الصوفيه للعلاج التقليدى كما أنهم لا يرفضون تدريب الكوادر العاملة فى تلك المسائد التقليدية على أسس الصحة النفسية الحديثة . كما اكدت الدراسة الإحصائية أنهم ينشدون تعاوناً مستمراً مع تلك المسائد وكانت نتيجة قيام عيادة متحركة للوصول لتلك المسائد لمتابعة التعاون أو التكامل أقل من سابقتها .

يبدو من هذه الدراسات أن إتجاه الأطباء المفسيين نحو هذه المسائد إيجابى مما يسهل عملية التعاون وتفادى المخاطر التى قد تنتج عن جهل بعض الممارسين لبعض المحاذير التى يجب الانتباه لها داخل مسائد الطرق الصوفيه للعلاج التقليدى . كماً تناولت الدراسة أراء وإتجاهات مرافقى المرضى النفسيين داخل مسائد الطرق الصوفيه للعلاج التقليدى .

كماتناولت الدراسة أراء وإتجاهات مرافقى المرضى النفسين داخل مسائد الطرق الصوفية للعلاج التقليدى . وقد أوضحت نتائج الدراسة الإحصائية أن المرافقين يحضرون ذويهم للعلاج بالمسيد لعدة أسباب أهمها نظرة المجتمع للمريض النفسي حيث أن المجتمع مازال يتعامل مع المريض النفسي وينظر له بعين التوجس والحذر وربما الخوف منه ، وأكدت الدراسة أن اعتقاد المرافق فى أفضلية العلاج لدى الشيخ تساوى خوفه من نظرة المجتمع وذلك ربما يعزى للإعتقاد الإجتماعى الجازم فى الجوانب الروحية والغيبية التى يمتاز بها الشيخ ويظهر ذلك فى احترام المرافقين لرأى الشيخ وطاعته فى حالة إذا طلب منهم الشيخ الذهاب للمستشفى أو تناول العلاج الطبى داخل المسيد مما يؤكد أنهم غير رافضين للعلاج الطبى طالما أن الشيخ يوافق على ذلك وهنا تظهر لنا اهمية الاهتمام بالجانب العقائدى للمجتمع فى طريق الوصول إلى التكامل مما يسهل عملية العلاج المتكامل للمريض ويظهر ذلك جلياً فى تأكيد المرافقين للمرضى

على إنهم يكونوا فى وضع مريح أكثر إذا كانوا بالمسيد وذلك يبدوا لما يوفره من جو اجتماعى وتكافلى داخل المسيد حيث يساعد المرافقين بعضهم البعض فى جو عائلى تربطه الأواصر الروحية ويقوم المرافق عادة بالحركة بحرية تامة كما يستغل بعضهم فرصة وجودهم داخل المسيد لتقديم طلباتهم الخاصة بهم من شكاوى وهموم وطلب العون من الشيخ بالإضافة لمشاركتهم فى أنشطة التعليم والأذكار وسماع سيرة الأولين .

من خلال ما سبق يتضح أنه لا يمكن تقليص دور الشيخ المعالج بمسيد الطرق الصوفيه فى جانب واحد بل أن الوسائل المستخدمة فى التشخيص والعلاج تتضمن فى داخلها شكل من أشكال العلاج النفسى يوازى ما هو مستخدم فى طرق العلاج النفسى المستخدمة فى مراكز الصحة النفسية الحديثة وقد اتضح إن داخل هذه المسائد يمارس العلاج النفسى التأهيلى والمعرفى والإرشادى بالإضافة للعلاج الإيحائى كل هذه الأشكال من العلاج النفسى تحت مظلة العلاج الروحى الدينى مما يدعونا للإهتمام أكثر بهذه المراكز ومحاولة تأهيلها لتواكب متطلبات المرحلة الحالية فى تطور وترقية خدمات الصحة النفسية للمجتمع السودانى حيث يهتم الكادر العامل مع الشيخ وذو المريض أهتمام بالغ لحل المشاكل المتعلقة بالمرض وإعادة تأهيل المريض ليتمكن من الأستمرار فى حياته العادية بعد الشفاء.

الفصل السادس

الخاتمـــــة

أشارات نتائج الدراسة الحالية إلى أن مراكز العلاج التقليدىبمثابة مواقع تستقبل باستمرار المرضى النفسيين حيث أن هنالك دلالات إيجابية تتضمن فى داخلها شكل من أشكال العلاج النفسى جميعاً تعمل تحت مظلة العلاج الروحى أو الدينى الذى يعتمد إعتماداً كلياً على عقائد المجتمع ومفاهيمه – كما أن هنالك تجاوباً كبيراً من الشيوخ القائمين على هذه المسايد مع العلاج الطب الحديث ، حيث أنهم لا يرفضونه ولديهم الأستعداد للتعاون أو التكامل .

توجد هذه المسايد داخل العمق الريفي حيث تبعد عن مراكز المدن بمساحات شاسعة إضافة لعدم وجود مراكز صحة نفسية حديثة بولاية الجزيرة ما عدا مستشفى واحد بمدينة ود مدنى عاصمة الولاية ويفتقر إلى الكادر الطبى النفسى حيث به (إستشارى طب نفسى واحد ويعانى من ضيق الإمكانيات المطلوبة ومواجهت خدمات الكافية ، مما يؤكد أهمية هذه المسائد فى عملية التعاون أو التكامل لما توفره من أمان وإقامة لهؤلاء الضحايا .

كما أشارت النتائج إلى أن مدة العلاج داخل المسيد بواسطة العلاج المتكامل بين النظامين التقليدى الصوفى والطبى الحديث اقل عن تلك التى بواسطة العلاج التقليدى الصوفى فقط ، كما أن أراء الأطباء النفسيين قد اجمعت على الإيجابية نحو مسايد العلاج التقليدى الصوفى وامكانية التعاون والتكامل .

وضح أن هنالك أسباب عدة تتعلق فى مجملها على نظرة المجتمع للمريض النفسى كما فى بقية أنحاء العالم ، حيث أن المريض النفسى يعتبر عاهة اجتماعية وعبء ثقيل على المجتمع و مسائد العلاج التقليدى الصوفى تعتبر بمثابة ملاذ لهؤلاء الضحايا نسبة لقبول المجتمع لهذا النوع من العلاج وقناعته بالعوامل التى قد تظهر كسبب من أسباب المرض ونسبة لإحاطة المسايد بالعامل الروحى والاجتماعى يعتبر مكاناً أماماً حيث يجد فيه مرافق المريض نوعاً من التكافل الاجتماعى والاقامة فى جو عائلى تحت سقف الأواصر الروحية .

كما أن الدراسات أشارت إلى أن الأمراض النفسية التى يتجه بها المرضى للمستشفى تكون غالباً تلك الأمراض التى عجزت عن علاجها مسائد العلاج التقليدى مما يؤكد ضرورة التعاون مع هذه المسايد لتفادى النتائج السلبية التى قد تظهر للمرضى الذين يتوجب عليهم الإقامة فى تلك المسايد لفترات طويلة دون الإستجابة للعلاج التقليدى .

وبالعودة لنتائج هذه الدراسات فأنها قد تساعد كثيراً فى مجال الصحة النفسية فى التخطيط المستقبلى ، ويبدو ان الميل العالمى حالياً هو نحو استغلال مفاهيم عقائد المجتمع فى تسهيل عملية الوقاية والعلاج من الأمراض فى مجال الصحة عموماً فمن الأحرى أن يكون ذلك واضحاً فى مجال الصحة النفسية والذى ثبت أنها لا تجد حظاً وافياً من الأهتمام حتى فى التخطيط العام ، لذلك لا بد من وضع خطط واستراتيجيات يكون من ضمنها الاستفادة من هذه المسايد التقليدية كمواقع لرعاية المرضى واستخدام العلاج المتكامل بها طالما أن القائمين على أمر هذه المسائد لا يرفضون ذلك وأن القائمين على الصحة النفسية الحديثة لا يرفضون ذلك أيضاً .

هذه الدراسات تساعد أيضاً القائمين على أمر الصحة النفسية على الإلتفات لما تقوم به هذه المسايد واستخدام آلياتها المعتمدة على الموروث الإجتماعى لتساعدهم فى وضع خطط وبرامج الصحة النفسية المتكاملة داخل الوحدات الصحية خاصة فى القرى النائية .

التوصيات

بناءاً على النتائج التى توصلت إليها الدراسة توصى الباحثة بالآتى : -

1- لابد من دراسات أوسع عن أصول منهج التشخيص والعلاج المستخدم بمسايد الطرق الصوفية ومعرفة إلى أى مدى يمكن الإستفادة منه فى مناهج الصحة النفسية الحديثة فى السودان .

2- التنسيق بين خطط وبرامج الصحة النفسية الرسمية وهذه المسايد وذلك بإستخدام هذه المسايد ضمن برامج الرعاية الصحية النفسية الأولية وتأهيلها متقابل الحاجة المتزائدة لهذا النوع من البرامج المتكاملة

3- أن يتم حصر لجميع المسائد الصوفية التى تمارس العلاج النفسى بغرض تحديد مواقعها وتسجيلها بشكل رسمى لدعمها وتأهيلها لتكون نواة لوحدات صحة نفسية متكاملة داخل العمق الريفى .

4- تشجيع قيام وحدات العلاج النفسى المتكامل داخل المستشفيات كما بدأ العمل به فى بعض فروع الطب الأخرى .

5- ضرورة وضع خطط وبرامج لتقابل هذه المسايد ضمن التخطيط والبحوث التنموية المستقبلية للسودان .

6- تشجيع قيام مراكز يستخدم فيها النوعين من العلاج داخل المدن ، حيث أن ذلك يعتبر جزء من رعاية صحية نفسية متكاملة ومقبولة اجتماعياً ولها إيجابيات عديدة كما وضحت لأنه يضع اعتباراً لثقافة المجتمع وموراثاته .

مراجع عربية

1- إبن القيم الجوزية : زاد المعاد فى هدى البعاد – المطبعـة المصرية 1379هـ

2- ابو القاسم عثمان الطيب : أولياء الله والتصوف – مطبعة التمدن الخرطوم 1998م .

3- أحمد عكاشة : الطب النفسى المعاصر – مكتبة الإنجلو المصرية القاهرة 1988م

4- أحمد عبد الرحيم نصر : الكجور عند النتائج – مجلة الدراسـات السودانية – المجلد الثانى 1969م

5- إبى حامد محمد بن الغزالى : معارج القدس فى مدراج معرفة النفس (لجنة إحباء التراث العربى) دار الافاق الجديدة – بيروت 1981م

6- عبد الرحمن بن خلدون : تاريخ بن خلدون (المقدمة) مؤسسة الأعلى للمطبوعات – بيروت- ص 432

7-ابو الوفا الغنيمى التفتازانى : مدخل للتصوف الإسلامى دار الثقافة للنشر القاهرة 1983م

8- أسامة الجيلى مصطفى : مرض الصرع بين الطب ومس الجان – دراسة ماجستير – جامعة الخرطوم 1995م

9- ايمن محمد خير : رسالة دكتوراه : أثر الإسترخاء والرقية الدينية فى علاج إرتفاع ضغط الدم الأساسى1992م جامعة الخرطوم

10- الطيب محمد الطيب : المسيد - مؤسسة الصالحى للنشر – دمشق سوريا 1999م

11- التجانى الشيخ محمد نصر الله : الأنوار الحقيقية فى معرفة الصوفيه - فرح للطباعة والنشر – أم درمان 1984م

12- حنا الخورى ومنال مختار : الطب النفسى – مطبعة رياض –

دمشق 1987م

13 حسن مصطفى عبد المعطى : علم النفسى الإكلينكى – موسوعة علم النفس العلاجى (1) دار قباء للطباعة والتوزيع (القاهرة 1998م)

14- ديو بولد فاندالين : مناهج البحث فى التربية وعلم النفس
ترجمة د. نحند نبيل نوفل وآخرون مكتبة الانجلو المصرية 1994
مراجعة د. سيد أحمد عثمان

15- رجاء محمود ابو علام : مناهج البحث فى العلوم النفسية والتربوية دار النشر للجامعات 2001م

16- رمزيه غريب : التقويم والقياس النفسى والتربوى – مكتبة الانجلو المصرية 1996م

17- رياض العبد العبد لله : الجن والشيطان بين العلم والدين – دار الحكمة للطباعة والنشر – دمشق 1406 هـ 1986م

18- زكريا الشربينى : الإحصاء وتعميم التجارب فى البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية مكتبة الإنجلو المصرية 1995م

19- الزبير بشير طه :علم النفس فى التراث العربى الإسلامى – دار جامعة الخرطوم للنشر الخرطوم 1995م

20- شيجل مورى : نظريات ومسائل الإحصاء الدار الدولية للنشر والتوزيع القاهرة 1995م
ترجمة شعبان عبد الحميد

21- الشيخ عبد المحمود بن الشيخ الجيلى الحفيان : نظرات فى التصرف الإسلامى :من الجزء الأول – شركة ابوظبى للطباعة والنشر بدون تاريخ

22- الشيخ أحمد عامر المكاشفى : سلسلة مقابلات الشكينيبة 1999م

23- سمير محمد حسين : دراسات فى مناهج البحث العلمى- الناشر عالم الكتب 1995

24-صبرى جرجس : الطب النفسى فى حياة العامة – دار

النهضة العربية القاهرة 1961
25- عبد الرحمن عيسون : علم النفس الفسيولوجى – دراسة فى تفسير السلوك الإنسانى ، دار المعرفة – الإسكندرية 1889م
26-عبد العزيز القحطانى : طريق الهداية فى درء مخاطر الجن والشيطان مكتبة دار العلم الكويت 1412هـ
27- عبد اللطيف موسى عثمان : الصراع والتشنجات بين الحقيقة والخرافة دار الكتاب الجامعى – القاهرة 1984م
28- عبد البديغ السر : الخليفة عبد الهادى ، ناشر الأذكار– دار هايل للطباعة 2000م
29- عبد العلي الجسمانى : الإمراض النفسية – تريخها اعراضها ، علاجها – الدار العربية للطباعة والنشر 1998م
30- عبد الستار ابراهيم : علم النفس الإكلينكى (منهاج التشخيص والعلاج النفسى) دار المريخ للنشر – الرياض 1988م .
31- علام صلاح الدين محمود : الأساليب الإحصائية والأستدلالية البارامترية واللابارامترية فى تحليل بيانات البحوث النفسية والتربوية دار الفكر العربى – القاهرة 1992م

32- على عبد الجليل راضى : العلاج الروحى –دار الشروق القاهرة 1975م
33-على المكاوى : السياق الاجتماعى للمعتقد الشعبى –ا القاهرة دار المعارف 1983م
34- على صالح كرار كتاب : الطرق الصوفية فى السودان
ترجمة فدوى عبد الرحمن طه : الترجمة رسالة ماجستير 2002م

35- عيسكوب أسحق : الخرافات الشائعة فى الموصل مجلة التراث الشعبى - مجلد ص 36-86 1970م

36- غريب محمد سيد أحمد : الإحصاء والقياس فى البحث الإجتماعى دار المعرفة الجامعية – الإسكندرية

37- عبد الرحيم حاج أحمد : برعى السودان وقفات على إرثه وحرثه .مركز الأسباط للتوثيق والنشر الخرطزم 2000م .

38- فاطمة حسين المهدى : الزار – دراسة انتروبولوجية ونفسية القاهرة الهيئة المصرية العامة للكتابة 1975م.

39- فوز المنسى عبد الله : مراكز الطرق الصوفيه كمؤسسات للرعاية الاجتماعية (رسالة ماجستير)

40- فتحية عمر محمد : (الزار السودانى) دراسة ماجستير – جامعة الخرطوم 1990

41- فيصل محمد خير الزراد : الصرع فى الطب وعلم النفس – دار المريخ - الرياض 1990م

42- فيصل محمد خير الزراد : علاج الأمراض النفسية والإضطرابات السلوكية –دار العلم للملايين – بيروت 1984

43- كوهين كويس ترجمة كوثر كوجل : مناهج البحث فى العلوم الاجتماعية والتربوية الدار العربية للنشر – القاهرة 1995م

44- محمد جابر عبد العال الحسينى : فى العقائد والأديان – الديانات الكبرى المعاصرة القاهرة – الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر 1971

45- محمد هارون كافئ : الكجور – دار جامعة الخرطوم للنشر 1975م

46- محمد أحمد غنيم وفائز محمد شريف : السحر والحسد فى المجتمعات الريفية – منشأة المعارف بالأسكندرية 1998م .

47- محمد الجوهرى : علم الفولكلور – دراسة المعتقدات الشعبية – دار المعارف القاهرة 1980
48- محمد عاطف غيث : دراسات فى علم الإجتماع التطبيقى دار المعرفة الجامعية الإسكندرية 1981
49- محمد أحمد بيومى : فى تاريخ التفكير الإجتماعى (دار المعرفة الجامعية الإسكندرية 1982م
50- محمد عبد المجيد : العلاج النفسى الدينى لمرضى الربو الشعبى جامعة الخرطوم رسالة دكتوراه 1994م
51- محمد عبد القادر هنادى : النصح والبيان فى علاج العين والسحر وإسماعيل العمرى ومس الحان الناشر مكتبة وتسجيلات والصحابة 1416هـ
52-محمد عبد الفتاح المهدى : العلاج النفسى فى ضوء الأسلام – دار الوفاء للطباعة والنشر – المنصورة 1990م
53-- مدثر عبد الرحيم والتجانى : الإسلام فى افريقيا - شركة دار عبد القادر الحكمة للطباعة والنشر المحدودة 1996 م
54- منصور عبد الحكيم : طارد الجن – الشركة العربية الدولية للنشر والتوزيع – القاهرة 1990م
55- ميخائيل أسعد : السيكولوجيا المعاصرة – دار الجيل بيروت 1906م
56- يوسف فضل حسن : طبقات ودضيف الله – دار جامعة الخرطوم للنشر 1975م .
57- ادارة البحوث بوزارة الصحة :منهج البحث العلمى – الخرطوم الاتحاديه بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية السودان 2001

REFERENCES

1. Ahmad Elsafi and Taha Bashar: Tigani Elmahi selected essays Khartoum University Press 1981.

2.Allen RE. Reed J. Integrated mental health care parishioners perceptions – Newzland Journal of psychiatry 1998 – Auckland.

3.Allom R. Buss: Psychiology in social context (trving to publisher INC 1979)

4.Al Bugliergue 505 Wtaole Sole Jewleary. Healing properties of quart, mental, physical and the New Ag. Medical Science, 1998.

5.American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-third edition 1988

6.Aujus: Nepal: Integrating traditional and modern health services in the remote of Bashklieika Nurse studies vol 27 No. 4 - 1990

7.Asian Medical System acomparative study Berkeley – Los Angles – London. University Press 1977, pp. 8.

8.Barnes II.: Religious studies – J. Ceelt-med. – psychiatry vol. 22 1998.

9.Bashear T. History of psychiatry in Arab countries – World history of psychiatry WHO 1975.

10.Baasher T.: The important factors in flouncing mental health in some Africa and Near Eastern countries excerpt medical

congress services no. 150 proceeding of the IV world congress of psychiatry medrid September 1966.

11.Bashear T.: Relationship between traditional and modern medicine Bottlen AFPPSN – 1983.

12.Coleman J.C.: Abnormal psychology and modern life Scott press, Chicago p. 25811956

13.Charters PJ.: The religious and spiritually needs of mental health clierets mental health – Nurse 17 1999.

14. Cormier, W.H. Interviewing strategies – helpers book. Cole publishing Co. 1985.

15. Constanlinalis pauella: (illat ease and sick at heart: behaviour in Sudanese healing cult. Cross cultural studies in symbolism (New York academic press 1977)

16.Cooper B.: Public health psychiatry in today's Europe: scope and limit – social psychiatry – psychiatry epidermal 36 2001.

17.Dixonk: The role of the behavioral health profssional in integrated systems J. behavioral health to vrow vol. 75 1998 USA.

18.Donnelly P.J.: The impact of culture on psychotherapy Korean client expectation H.N.Y. state – Nurses Association 1992.

19.Echard Wicole: The thera peutico functions of Bori among the Hause of Ader 1998.

20.Elgaili D.A. and Magzoub: The teaching of mental health in a community – based medical school – Education for health vol 9 N3 1996.

21.Elmahi Abdel Raheem. Traditional healers using Talasim and Quraan. MA University) Khartoum.

22.Elgaili Eldin. The impact of a community oriented medical school on mental health services: A big change 1998 (unpublished).

23. Freeman M. Motseim: Planning health care in Africa is there a role for traditional healers soc. Scie. Med. Vol. 34-1990.

24.Goloria Lee Defining traditional healing Justice as heading 1996, vol. 1 p. 4.

25.Hales A. West African beliefs about mental illness – J – perspect psychiatric care 1996.

26. Harris S.: Possession. Hysteria in Kenyan tribe (American and thropoligist V159 p. 1046-66 1975.

27.Hoffw: Traditional healers and community helth world health forum vol 1992.

28.Hudleston J.: Family and group psycho. Educational approaches in the management of schisopherenia.

i-Clinic – Nurse 118 – 1992.

29.Idris S. Elhassan: Religion in society Nemeirb and the Turuq 1972-1980. Khartoum University page 3 1993.

30.Igbal M.: The resurrection of religious thought in Islamic psych, therapy 1980.

31.Josephw Bastion: Collaboration of doctor and nurses with ethno medical practitioners world health forum 1991.

32.Keper R.: Mental health care in rural India: A study of existing puttern and their implication for future policy J-Psy. 127 1993.

33.Koldstad E.: “belif” Nervesanatorium, vekersund, Tidssker – 1999 Narway.

34.Larry Dossey: Beyond illness – discovering the experience of health. Boston: New science library, Shambkala 1984 p. 176.

35.Leonard h Robison: West Africa belief about psychiatric illness perspective in psychiatry care vol. 2 1996.
36.Lesile C: The ambiquities of medical revivalism inj modern India (Berkely: university of California press 1976. p 356.
37.Linda, Sairo: Ways of talking about illness in a Manitoba Anishiable “Qjibway” community-in-circumpolar Health 1990 p. 226
38.Madison SM, Mckey MM. Basic research and community collaboration necessary ingredients for the development of family based H/V prevention program. Aids Educational prevention vol ‘12’ 2000 USA.
39.Mahl-Mardona LE: Native American medicine in the treatment chronic illness: developing an integrated programme and evaluating its effectives. The-health med. V.5 1999 - USA.
40.Mahmoud E.A. Traditional healing in mental health in central Sudan Ph.D. University of Gezira, 2000.
41.Makazana Em: A case for the traditional healer in south Africa medical Journal vol 19 – 1979.
42.Neuwman AK.: Ethno medicine and biomedicine linking soc. Med. Vo. 16 1983.
43. Obissan Ka 1998. Infertility and other fertility related issues in the practice of traditional healers and christian religious healers in south Western Nigeria. African Journal of Medical Science, June 1998 vol 27, 51-55.

44.Offiner J.: Pow-wowing: The Pensylvania Duch way to healing – J-holist – nurse vo. 16 1998.

45.Olukayad R.: Recent development in the care treatment and rehabilitation of chronic mentally ill in Nigeria 1985.

46.Oswald H.: Are traditional healers the societion the failure of primary health care in rural Nepal social sciences and medicine vol. 17 1983

47.Rayunond prince: The use of rauwolfic for the treatment of psychoses by Nigerian Native doctors Allen Memorial material.

48.R-L. Dunn. Traditional Asian medicine and cosmopoli medicine as adaptive system "University of Calisrnia press 1976, p. 135.

49.Rees A.A.: Adaptation – the key to community psychiatric practices in rural setting. J. comm.. mental health vol. 28 1993

50. Richard Sold. Nuadko : The traditional healing massage of thialand (puncture, Com

51.Rees AA.: Adaptation – the key to community psychiatric practices in rural Setting

52.Richard Sold. Nuadko : The traditional healing massage of thialand (puncture, Com,

53. Roym Acheson and Spencer Hagard: Health, society and medicine Blackwell Scientific Publication Oxford third edition 1984.

54.Roserhic R, Morrissey T.: Service delivery and community

social capital services system, integration and outcomes among homeless persons with severe mental illness health service research vol. 36 2001 USA.

55. Rudy Salon. Culture medicine and psychiatry, vol. 7, 1983, pp 377-412.

56. Salize H. Horst A.: Needs for mental health care and services provision in single homeless people: social psychiatry speculation ric epidemiology vol. 36 2001 Manheim Germany.

57. Shahid Athar. Alternative medidine is adjument to conventional medicine (18th convertion). The Islamic medical association. South Africa 25th April 1998. Capetown.

58. Sillesbibeau, Ellercorn: Traditional medicine in Zaire: Present and potential distribution to health services Dept. censeighement superteur et de la recherché scientific 199..

59. Sliephard S, Kellaun: Mental health and urban social policy

60. Turbo H.J. : Religious, spriteality and psychiatry, cultural and personal challenge. Aust. N. 2 Journal of Psychiatry vol. 30, p. 6-1996.

61. Vicary D. Andrews. A model of therapeutic intervention with indigenous Australian. Journal of Public Health vol. 25 (2001) West Part Australia

62. Warburg S.: Religious policy in the Northern Sudan (Afro-Asian

studies 1971.

63. WHO: Expert committee on organization of mental health services in developing countries Severa 1974

64. WHO: World health forum vol. 13 1992.

65. WHO Afrolechemical report series Adri traditional medicine pp.

66. Wikan, Unki Managing Turbalent hearts: A Baliene Formula for Lirria, University of Chicago press 1990

67. Y. Ip. Ks.: In formal community care for mental health consumers in Hong Kong. Applied social sciences. Kowbon 1999.

68. Zeyd Ahmed Ali. Natural therapeutics and medicine in Islam M.D. Edited by Shahid Athram 1998.

الدوريات :-

1- مجلة الثوثيق التربوى العدد 9 ص21-38 سنة 1975م وزارة المعارف السعودية

2- المجلة العربية العدد 13 ص90-91 سنة 1987م السعودية

3- جريدة الأردن العدد 7065 سنة 1987م
4- المجلة الطبية السعودية العدد 9 الطبعة الثانية سنة 1988م
5- مجلة الطب العربى 5 سنة 1988م
6- جريدة النور الإسلامية العدد 531 سنة 1992م .
7- جريدة المسلمون الرياض العدد 501 سنة 1994م .
8- مجلة صحة الشرق الأوسط العدد 13 سنة 1997م .
9- مجلة المجلس العربى للتخصصات الطبية العدد 2 سنة 1998م.

بسم الله الرحمن الرحيم

ملحـ ـق رقم (1)

استبيان الشيوخ والمسايد :-

1/ الأسم	2/ الموقع	3/ الولاية
4/ السن	5/ التعليم	6/ عدد المقدمين

7/الجيران 8/ مساحة المنطقة التى تخدمها

10/ عدد المساكن بالمسيد 11/ عدد المرضي الأن

عدد المرضى خلال العام الواحد

2/ مقابلة المريض بتأخذكم من الزمن ....

....

3/ المقابلة عادة بتتم كيف ضع علامة ( ) أمام اجابتك

أ/ مع المريض لوحده ( ) مع أهله ( ) . مع المريض وأهله ( ) مع المريض وآخرين

4/ ما نوع الأمراض النفسية التى تعالجونها ( )

1/ الجنون	( )	6/ الزهج من الدنيا	( )
2/ الخوف	( )	7/ النساوة	( )
3/ الكلام الكتير	( )	8/ الهياج	( )
4/ الذهول	( )	9/ عدم النوم	( )
5/ الزوالات	( )	10/الدخلة والمرقة الزائدة	( )

5/ كيف يتعرف تشخص الحالة المرضية من الأمراض الآتية ؟ ضع علامة ( ) أمام إجابتك

1/ العمل

1/ فتح الكتاب وقراءة القرآن الكريم	( )
2/ بالخيرة (العلقة)	( )
3/ بالمقابلة والممارسة والتجربة	( )
4/ يؤثر على العمل	( )
5/ يؤثر على صحة المريض	( )
6/ الخوف والتردد	( )
7/ أحياناً الوهم والزوالات	( )

2/ العين

1/ الصراخ المستمر والهياج ( )

2/ بالبخرات يفصح المريض بلسان الساحر ( )

3/وضع بيضة تحت سرير المريض تظهر العين ( )

4/ لا يفقد المريض عقله ولا صحته ( )

5/ تحول المريض بين زيادة الوزن ونقانه ( )

6/ الرعب والخوف ( )

3/ الريح الأحمر

1/ أعرض كثيرة جسدية ونفسية ( )

2/ الضحك والبكاء معاً ( )

3/ بالخيرة ( )

4/ بعد حروف الأسم ( )

5/تتميز بالزهج والقلق ( )

6/ لا يفقد صحته ( )

7/ لايفقد المريض قدرته على العمل ( )

4/ أم الصبيان

1/ سقوط الجنين أكثر من ثلاثة مرات ( )

2/ بفتح الكتاب ( )

3/ تشنجات وإغماء يصيب الأطفال ( )

4/ موت الأطفال الصغار ( )

5/ الجن

1/ عدم إدراك المريض لمرضه ( )

2/ الكلام غير مفهوم ( )

3/ تصرفاته غير طبيعية ( )

4/الإنساخ وكراهة الرائحة ( )

5/ خلع الملابس والجرى بدون هدف ( )

6/ الأمراض الجنسية

1/ يشكوها الشخص نفسه ( )
2/ يشكوأحد الزوجين من ضعف الزوج الأخر ( )
3/ بعدد حروف إسم المريض ( )

7/ هل هنالك أمراض غير نفسية تقومون بعلاجها

نعم ( ) لا ( ) إذا كانت الإجابة بنعم ضع علامة ( ) أمام المرض.

1/ الصداع (الشقيقة) ( ) 5/ الدوخة ( )
2/ الشلل ( ) 6/ زيادة ضربات القلب ( )
3/ العمى المؤقت ( ) 7/ الرجفة ( )
4/ ضيق التنفس ( ) 8/ الوقعة (الصرعة) ( )

8/ ما نوع الوسائل المستخدمة فى العلاج من الآتى :-

1/ القرآن ( ) 6/ الجلد ( )
2/ البخرات ( ) 7/ القيد ( )
3/ المحاية ( ) 8/ التجاهل ( )
4/ الذكر ( ) 9/الإقناع ( )
5/ البركة ( ) 10/ التأهيل ( )

8/ فى نظرك ما هى الأمور التى تساعدك فى العلاج من الآتى **:-**

1/ الأهل المرافقين ( ) 2/ تجارب المريض ( ) 3/المتابعة والمراقبة( )
4/ النية والاعتقاد بصحة العلاج ( ) 5/ الرغبة فى العلاج ( ) 6/النظافة( )

7/ الهدوء( ) 8/المعامة الحسنة بين الأسرة داخل المسيد ( ) 9/ أحياناً حسب حالة المريض ( )

9/ هل ترى أن العلاج لابد من تضمينه الطقوس المحلية المعروفة

كافى جداً ( ) كافئ ( ) متوسط ( ) إطلاق غير كافئ ( )

10/هل ترى أ العلاج لأبد من تضمينه الطقوس المحلية

1/ نعم ( ) 2/ أحياناً ( ) 3/ لا ( )

11/ هل ترى أن العلاج لا يتم إلا بقراءة القرآن والذكر والطقوس معاً

1/ فى كل الحالات ( ) 2/ فى معظم الحالات ( ) 3/ فى بعض الحالات ( )

4/لا يتم العلاج فيها ( ) .

12/ هل يمكنكم علاج كل الأمراض الواردة إليكم أم إنكم تستعيوا بأخرين على ذاك :

1/ دائماً ( )

2/ معظم الأحيان ( )

3/ أحياناً ( )

4/ لا ( )

13/ بمن تستعين فى العلاج ؟

1/ الأطباء ( ) 2/مشائخ آخرين ( ) 3/أخصائى نفسى ( ) 4/أخرين ( )

14/ ماهو تفسيركم للمريض الذى لا يدرى عن مرضه شئ :-

1/ تلبس جن ( )

2/ مس شيطانى ( )

3/ سبب عضوى ( )

4/عين ( )

5/ الريح الأحمر ( )

6/ أم الصبيان ( )

7/ الصرع ( )

15/ كيف يمكن علاجه ؟

1/ القرآن ( ) 2/ المحاية ( ) 3/ العزيمة ( ) 4/ البخرات ( )

5/ القيد ( )

16/ هل تحتاجون لمساعدة المستشفى فى علاجه

1/ نعم ( ) 2/ أحياناً ( ) 3/ لا ( )

17/ ما هو تفسيركم للمريض الذى يستطيع أن يصف ما به

1/ مس شيطان ( )

2/ تلبس جن ( )

3/ سبب عضوى ( )

4/ عين ( )

5/ الريح الأحمر ( )

6/ أم الصبيان ( )

7/ الصرع ( )

18/ كيف يتم علاجه ؟ ضع علامة ( ) على إجابتك .

1/ القرآن ( ) 2/ المحاية ( ) 3/ البخرات ( )

4/ العزيمة ( ) 5/ القيد ( )

19/ هل تحتاجون لمساعدة المستشفى فى علاجه

1/ نعم ( ) 2/ أحياناً ( ) 3/ لا ( )

20/ ما درجة أهمية الغيبيات فى التشخيص

1/ هامة جداً ( ) 2 /هامة ( ) 3/قليلة الأهمية ( )

4/ غير مهمة ( )

21/ هل ترى ضرورة للغيبيات فى العلاج

1/ نعم ( ) 2/ أحياناً ( ) 3/ لا ( )

22/ كيف اصبحت فى هذا الموقع (شيخاً) ضع علامة ( ) على الإجابة الملائمة .

1/ بالوراثة ( )

2/ بالتعلم من شيخ أخر ( )

3/ بالتعين من الأهل ( )

4/بالدراسة ( )

5/ أخر ( )

24/ ما نوع الوجبات التى توجهون المرضى بعملها لتساعد فى العلاج من الأعمال الآتية :-

1/ حسب حالة المريض ( )

2/ حسب خبرة المريض السابقة ( )

3/حسب ما يتوفر من واجب فى المسيد ( )

4/ بإختيار المريض ورغبته ( )

5/ بإختيار أهل المريض ورغبتهم . ( )

25/ هل تستعينون بأسرة المريض للمساعدة فى العلاج

1/ نعم ( ) 2/ أحياناً ( ) 3/لا ( )

26/ ما نوع العلاج الذى ترفضونه من الآتى :-

1/ الكى ( ) 2/ الضرب ( ) 3/ القيد ( )

4/ الحرمان من أكل اللحوم وشرب اللبن ( ) 5/ الحرمان من إستعمال الملح فى الأكل ( ) .... الخ .

27/ المرضى الذين يتوجب وجودهم داخل المسيد يتم التعامل معهم (ضع علامة ( ) على المعاملة)

1/ معاملة عادية ( )

2/ معاملة حسب حالة المريض ( )

3/ معاملة خاصة ( )

28/هل تقوم بجلسات غير العلاجية مع الناس فى قراهم لمعرفة مشاكلهم العامة

1/ دائماً ( ) 2/ معظم الوقت ( ) 3/ أحياناً ( ) 4/ لا ( )

29/ ماهو نوع المرضي الذى يشفى لمجرد وصوله للمسيد

1/ تلبس الجن ( )

2/ مس الشيطان ( )

3/ المريض العضوى( )

4/ العين ( )

5/ الريح الأحمر ( )

6/ أم الصبيان ( )

7/ الصرع ( )

30/ ما نوع الأمراض التى تتوجب وجود المريض بطرفكم لمدة طويلة من الآتى

1/ تلبس الجن(   ) 2/ مس الشيطان   (   ) 3/ المرض العضوى (   )

4/ العين   (   ) 5/ ام الصبيان   (   ) 6/ الصرع   (   )

31/ هل يفيد الجلوس مع مشائخ أخرين وأطباء علاج نفسى للتشاور فى المشاكل التى تخص عملكم

1/ نعم   (   ) 2/ احيانا   (   ) 3/لا   (   )

32/هل لديكم مانع من التعاون مع الأطباء النفسيين والاخصائيين النفسيين فى التقليل من الحالات النفسية

1/ لا مانع لدينا   (   ) 2/ امانع احياناً (   ) 3/ هنالك مانع   (   )

33/ هل يمكنك إرسال بعض المرضى لإكمال العلاج بالمستشفى

1/ نعم   (   ) 2/ أحياناً   (   ) 3/ لا   (   )

34/ هل تمانع من وجود عيادة نفسية فى موقعك

1/ لا أمانع   (   ) 2/ أمانع أحياناً (   ) 3/ هنالك مانع   (   )

35/هل توافق من تدريب المقدمين والحيران فى العيادات النفسية لمعاونتك فى بعض الحالات

1/ أوافق   (   ) 2/ لا اوافق   (   )

36/هل لديك مانع من وجود تعاون مع العيادة النفسية فى موقعكم

1/ لا أمانع   (   ) 2/ نعم أمانع   (   )

37/ ما نوع التعاون الذى تفضله من الآتى

1/ عيادة متحركة (   ) 2/ إرشادات دائمة   (   )

3/ عيادة متعددة   (   ) 4/ تعاون مستمر   (   )   5/ أخرى (   )

38/ هل تقوم بزيارات للمريدين بقراهم .

1/ دائماً   (   ) 2/ أحياناً   (   ) 3/ لا   (   )

39/نرسل المقدمين لمتابعة الحالات لدى ذويهم

1/ دائماً   (   ) 2/ أحياناً   (   ) 3/ لا   (   )

40/ كيف يتم تحديد موعداً للمريض للعودة لمتابعة العلاج

1/ حسب حالة المريض (   ) 2/ عندما تعود له الحالة (   ) 3/ لا أحدد (   )

46/ أي هذه المعالجات أكثر إستخداماً من الآتية :-

1/ القرآن (   ) 2/ القيد (   )   3/ الجلد ( )   4/ المحاية (   )

5/ البخرات (   ) 6/أخرى (   )

47/ فى رأيك ما نوع الفائدة العلاجية الذى تقدمه كل من :-

- حلقة الذكر

....

- قراءة القرآن

....

- الجلد

....

- المحاية

....

- البخرات

....

- القيد

....

- نظام الأكل

....

- أخرى

....

بارك الله فيكم

بسم الله الرحمن الرحيم

ملحق رقم (2)

استبيان دراسة الحالة

الرقم : ……………………

case study دراسة الحالة

1/ الأسم : name of pt

……………………………………………………………………

2/ العمر :age

……………………………………………………………………

3/ مكان السكن residence

……………………………………………………………………

4/ المنطقة – القبيلة

……………………………………………………………………

5/ المهنة :occupation

……………………………………………………………………

6/الحالة الاجتماعية: marital status

……………………………………………………………………

7/مصدر المعلومات : source of information

الأسم : name

....

relation to pt: صلة القرابة /8

....

date of admission تاريخ الحضور لمركز الشيخ /9

....

refrred by : الشخص الذى أحضره/10

....

complaint : الشكوى /11

....

duration : مدتها /12

....

family psychiatric history : التاريخ العائلى المرضى/13

....

13/لأفراد العائلة – طبيعة العلاقة مع المريض

/1 ....

/2...

/3...

/4...

/5...

/6...

/7...

parsonal history : التاريخ الشخصى للمريض /14

birth & early development : الولادة

....

childhood : الطفولة

....

school: المدرسة

....

15/ العلاقات الاجتماعية :social

....

16/ المهنة :occupation

....

17/ الإضطرابات الجنسية النفسية : psycho sxual disorders

....

18/ التاريخ الزواجى والأطفال : marital history & chlldren

....

19/ تاريخ المرض السابق : past medical history

....

20/ تاريخ الإضطرابات لنفسية السابق : psychiatry

....

21/ الشخصية قبل المرض :premorbid personality

....

22/ تاريخ تعاطى أدوية وعقاقير سابق : drug history

....

23/ أى سوابق قانونية :forensic history

....

24/ تاريخ المريض الحالى history of present illness

....

25/ المشاكل الاجتماعية الأخرى : other social problems

....

26/ الفحص الطبيعى : physical examination

....

....

27/ فحص الحالة العقلية :M-s-E

general appearance: المظهر العام

……………………………………………………………………

speech: الكلام

……………………………………………………………………

mood : المزاج

……………………………………………………………………

thinking: التفكير

……………………………………………………………………

perception: الإدراك

……………………………………………………………………

28/ الوظائف المعرفية : cognitive functions

1/ معرفة الزمان والمكان والأشخاص :orientation

……………………………………………………………………

2/ الإنتباه : attention

……………………………………………………………………

3/ التركيز : concentrotion

……………………………………………………………………

memory: الذكرة

……………………………………………………………………

intelligence : الذكاء

……………………………………………………………………

judgmemet : المحاكمة

……………………………………………………………………

insight: الإستبصار

……………………………………………………………………

30/ تشخيص الباحث الفارق

……………………………………………………………………

31/ التشخيص الذى يقترحه الباحث

....

32/ البرنامج العلاجى المقترح

....

33/ التشخيص الفارق للحالة حسبما يراه الشيخ

....

34/ التشخيص النهاى للشيخ

....

....

35/ البرنامج العلاجى المقترح من قبل الشيخ

....

....

....

36/ ملاحظات الباحث عن نوع العلاج المقدم

....

....

وبارك الله فيكم

بسم الله الرحمن الرحيم

ملحق رقم (3)

استبيان متابعة الحالات داخل المسيد

1/ أسم المسيد ....   2/ المنطقة : ....

3/ أسم المريض : ....   4/ السن : ....

5/المهنة : ....   6/ الحالة الإجتماعية :. ....

7/ تاريخ المرض : ....

8/ تشخيص الحالة حسبما يراها الباحث : ....

9/ تشخيص الحالة حسبما يراها الشيخ : ....

10/ عدد مرات تردد الحالة : ....

11/ عدد مرات الحضور للمسيد : ....

12/ عدد مرات الذهاب للمستشفى : ....

13/ المدة التى يقضيها بالمسيد فى كل مرة : ....

14/ المدة التى يقضيها بالمستشفى : ....

15/ مدة إستمرار ومتابعة العلاج المقدم من المستشفى : ....

16/ نوع العلاج المقدم من الشيخ : ....

17/ مدة إستمرار ومتابعة العلاج المقدم من الشيخ : ....

18/ المقابلة الأولى للباحث (الحالة المرضية الحالية) ....

19/ المقابلة الثانية بعد شهر : ....

20/ المقابلة الثالثة للباحث بعد ثلاثة شهور : ....

21/ ملاحظات الباحث مع ذكر للمحازير : ....

وبارك الله فيكم

بسم الله الرحمن الرحيم

ملحق رقم (4)

استبيان متابعة حالات المرضى بالمستشفيات

ووحدات الصحة النفسية

1/ أسم الوحدة : .... 2/ المنطقة : ....

3/ أسم المريض : .... 4/السن : ....

5/ المهنة : .... 6/ الحالة الإجتماعية : ....

7/ تاريخ المرض الحالى : ....

8/ تاريخ الحالة حسبما يراها الباحث : ....

9/ عدد مرات تردد الحالة : ....

10/ عدد مرات الذهاب للمستشفى :...

11/ المدة التى يقضيها بالمستشفى :...

12/ مدة إستمرار ومتابعة العلاج المقدم من المستشفى : ....

13/ المقابلة الأولى للباحث (الحالة المرضية الحالية) :.........................

14/ المقابلة الثانية للباحث بعد شهور : ....

15/ المقابلة الثالثة للباحث بعد شهور : ....

16/ ملاحظات الباحث مع ذكر للمحاذير : ....

بسم الله الرحمن الرحيم

ملحق رقم (5)

إستبيان الأطباء النفسيين بالمستشفيات والوحدات الصحية

1- الأسم : .... موقع الوحد : .... الولاية : ....

السن : .... الوصف الوظيفى : ....

عدد سنوات الخبرة : .... مساحة المنطقة التى تخدمها الوحدة : ....

1/ هل لديكم مانع فى التعاون مع مراكز العلاج التقليدى فى التقلقل من الحالات النفسية ؟ ....

....

3/ هل تمانع فى تدريب بعض هؤلاء المشائخ على بعض قواعد الإنقاذ بالمساعدة فى بعض حالات الطوارئ الواردة إلى مراكزهم ؟ ....

....

4/ ما نوع التعاون الذى تفضله ؟

1- عيادة متحركة 2- عيادة متحدة

3- تعاون مستمر 4- إرشادات دائمة 5- أخرى

5/ كيف ترى أهمية التعاون مع مراكز العلاج التقليدى ؟

....

....

6/ كيف ترى مستقبل التعاون مع مراكز العلاج الطبيع ؟

....

....

بسم الله الرحمن الرحيم

ملحق (6)

استبيان توجهات مرافقى المرضى

بالمراكز التقليدية

1/ النوع 2/ العمر 3/ المنطقة (مدينة / قرية)

4/ مستوى التعليم 5/ المهنة 6/ الحالة الإجتماعية

7/ أسباب إحضار المريض لمسيد الشيخ

1- لأن المستشفى بعيدة

2- لأن المسيد قريب

3- لأن علاج الشيخ أحسن من علاج المستشفى

4- لأن علاج المستشفى يكلفنى كثيراً

5- لأن الشيخ لديه البركة فى العلاج

6- عشان ما يقولوا مجنون

8/ إذا وجدت مستشفى قريبة من منطقتكم

1- أذهب إليها   2- لا أذهب إليها

9/ إذا طلب منك الشيخ أن تذهب للمستشفى

1- أذهب   2- لا أذهب

10/لو الشيخ حولك لى الدكتور

1- أذهب إليه   2- لا أذهب

11/ كم مرة أحضرت المريض لمسيد الشيخ

1   2   3   4   5

12/ كم مرة ذهبت بالمريض للمستشفى

1   2   3   4   5

13/ أى المكانين يرتاح فيها المريض أكثر فى نظرك

1- المستشفى   2- المسيد   3- فى المكانين الوضع واحد

14/ هل تقوم بمساعدة المقدمين والجيران أثناء العلاج

1- أساعد بشدة   2- أساعد أحياناً   3- لا أساعد

15/ لو الشيخ طلب منك أن تستخدم علاج المستشفى مع علاجه

1- أستخدمه   2- لا استخدمه

16- رأيك شنو علاج المستشفى

1- مفيد جداً   2-مفيد   3- وسط   4- غير مفيد   5- ضار

17/ قيمة المصاريف التى تدفعها للعلاج بالمسيد

1- كثيرة جداً   2- كثيرة   3- وسط   4-قليلة   5- قليلة جداً

18/ رأيك شنو فى علاج الشيخ

1- مفيد جداً   2- مفيد   3- وسط   4-غير مفيد   5- ضار

19/ الجهة التى تساعدك فى مقابلة مصاريف العلاج والإعاشة

1- الشيخ 2- الخيرين 3- أدعها بنفس 4- لا مصاريف داخل المسيد

20/ فى نظرك إنك ترتاح أكثر أثناء علاج المريض

1- فى المستشفى 2- فى المسيد 3- -فى الحالتين الوضع واحد

21/ لديكم أسباب أخرى للحضور للمسيد غير المرض

1- صاحب طريقة
2- المحبة فى الله
3- قريت فى خلوته
4- للذكر
5- إستشارته فى أمورى
6- للتعلم من حلقات العلم

بارك الله فيكم

بسم الله الرحمن الرحيم

ملحق رقم (7)

قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين لإستبيانات الدراسة

بروفسير/ د. طه أحمد بعشر : استشارى طب النفسى – جامعة الخرطوم

بروفسير/ د. الزبير بشير طه : أستاذ علم النفس – جامعة الخرطوم – وزير التقانه والبحوث .

بروفسير/ د. عبد الرازق على الفكى استشارى الطب النفسى – جامعة الأحفاد

بروفسير/د. محى الدين محمد على المجذوب : أستاذ طب المجتمع – جامعة الجزيرة

بروفسير/ ضياء الدين الجيلى ابو بكر : أستشارى الطب النفسى – جامعة الجزيرة

د. عبد الباقى دفع الله : أستاذ علم النفس – جامعة الخرطوم

د. عبد المنعم يوسف : كبير إستشارى الطب النفسى – وزارة

الصحة الإتحادية

د. عبد العال الإدريسى : أستشارى الطب النفسى – جامعة جوبا

د. محمد نور : استشارى الطب النفسى – جامعة الخرطوم

– مركز ابحاث الايمان

د. عبد الرحمن عثمان : أستاذ علم النفس – جامعة ام درمان الإسلامية



الباحثة مع الشيخ عبد الله بن الشيخ احمد الريح بن الشيخ عبد الباقى

مسيد طيبة الشيخ عبد الباقى





الباحثة مع الشيخ المهدى بن الشيخ عبد الباقي الشيخ المكاشفى

مسيد الشكينيبة







الشيخ الجيلى بن الشيخ عبد المحمود الحفيان

مسيد طابت الشيخ عبد المحمود



الفصل الرابع
عرض النتائج

يضح نتائج الدراسات التى اجريت بصورة عامة أن تقسيم الأضطراب النفسى حسب تطبيق التشخيصات التقليدية الصوفيه يهتم فى معناه الجانب الروحى المرتبط بالعقيده مثل تصنيف تلبس الجن ومس الشيطان والحسد (العين) كما يتضمن أيضاً بعض التصنيفات التى تستند على الموروث الثقافى والطقوس المرتبطة بتراث المجتمع الثقافى التقليدى المتعارف عليه قبل الإسلام مثل الريح الأحمر والذى حاول المجتمع أن يضفى عليه صيغة الدين بنسب هذه (الأرواح) (الريح الأحمر) الى عهد سيدنا سليمان كان قد كسب طاعة كل المخلوقات ماعدا هذه الأرواح (الريح الأحمر) حيث أنها رفضت النزول والطاعة الا بعد ان تقام لها بعض الطقوس مثل دق الطبول وقرع النحاس واطلاق البخور ولبس بعض الملابس والغرابين) وهذى الطقوس تقام ضمن علاج تقليدى آخر يطلق عليه اسم (الزار) أما داخل مراكز العلاج الصوفى تضم هذه الأرواح التقنيات لصوفية ولكن عملية علاجها لا تتم على الطقوس انفه الذكر وانما عن طريق الوسائل العلاجية الصوفيه مثل قراءة القرآن والبخرات والمحاية) ، كما ان العجز الجنسى وضعف الخصوبة تصنف على انها من الأمراض التى تسبب فيها ارواح الجن والشياطين ولكن عملية علاجها تتم بالأعشاب بالإضافه للوسائل الصوفيه المعروفة .

آلية دمج العلاجيين التقليدين الصوفى مع العلاج الطب الحديث اثبتت ايجابيها فى جانب المدة العلاجية وسرعة الاستجابة وذلك لما يوفره المسيد من مناخ اجتماعى وعائلى يساعدا فى استجابة المرض للعلاج اضافة لليحاء المسبق المرضى للعلاج اضافة للايحاء المسبق الذى يتلقاه المريض سواء من ثقافته الاجتماعية او عن طريق الاعداد للعلاج داخل المسيد من تمليك المعلومات العقائديه عن فعالية العلاج وارتباطه بالدين كما أن المجتمع فى تساؤل دائم عن اسباب المرض التى قد لا تتوفر بصورة واضحة ضمن ثقافة المجتمع فى حالة السبب الطبى ولذلك فإن معرفة الاسباب المباشرة للمرض ربما تساعد فى تسريع عملية العلاج